

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2022

2022 TOU3 1714

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Adriana GAIDARGIU ARBA**

Le 31 Octobre 2022

**Violence et travail : revue systématique de la littérature selon la  
méthodologie PRISMA**

Directeur de thèse : Pr Fabrice HERIN

**JURY**

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT

Président

Monsieur le Professeur Fabrice HERIN

Assesseur

Monsieur le Professeur Frédéric SAVALL

Assesseur

Madame le Docteur Caroline GERNIGON

Assesseur

FACULTE DE SANTE  
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux  
Tableau des personnels HU de médecine  
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	<u>M. VINEL Jean-Pierre</u>	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-Francois
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE Francois
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe  
 Professeur BOUTAULT Franck  
 Professeur CARON Philippe  
 Professeur CHAMONTIN Bernard  
 Professeur CHAP Huques  
 Professeur GRAND Alain  
 Professeur LAGARRIGUE Jacques  
 Professeur LAURENT Guy  
 Professeur LAZORTHES Yves  
 Professeur MAGNAVAL Jean-François  
 Professeur MARCHOU Bruno  
 Professeur PERRET Bertrand  
 Professeur RISCHMANN Pascal  
 Professeur RIVIERE Daniel  
 Professeur ROUGE Daniel

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**P.U. - P.H.**  
 Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUIJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYCUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOÛLIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme HANAÏRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIÈRE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**  
 M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**P.U. - P.H.**  
**2ème classe**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Mane	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**P. U. Médecine générale**  
M. MESTHÉ Pierre  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**Professeurs Associés**

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. ABITTEBOUL Yves  
Mme BOURGEOIS Odile  
M. BOYER Pierre  
M. CHICOULAA Bruno  
Mme IRI-DELAHAYE Motoko  
M. PIPONNIER David  
M. POUTRAIN Jean-Christophe  
M. STILLMUNKES André

**Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène**

Mme MALAUAUD Sandra

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CÂMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clemence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie  
M. ESCOURROU Emile

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme FREYENS Anne  
Mme LATROUS Leila  
Mme PUECH Marielle

## *Serment d'Hippocrate*

*«Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leur raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.»*

## REMERCIEMENTS AU JURY

*A mon Président de jury,*

**Monsieur le Professeur SOULAT**, Professeur des Universités-Praticien hospitalier en Médecine et Santé au Travail à Toulouse

Tous mes remerciements pour votre aide et votre soutien tout au long de cette expérience, votre implication dans notre formation et pour les moments de convivialité avec les internes.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

*A mon Directeur de thèse,*

**Monsieur le Professeur HERIN**, Professeur des Universités-Praticien hospitalier en Médecine et Santé au Travail à Toulouse

Tous mes remerciements pour la confiance que vous m'avez accordée en me proposant ce sujet et pour avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie également pour votre aide précieuse et vos suggestions qui m'ont permis d'avancer dans la rédaction de ce travail, pour votre disponibilité et vos enseignements tout au long de mon internat.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

*A mes Juges,*

**Monsieur le Professeur SAVALL**, Professeur des Universités-Praticien hospitalier en Médecine Légale à Toulouse

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en acceptant de siéger à mon jury. Veuillez recevoir le témoignage de ma sincère reconnaissance.

**Madame le Docteur GERNIGON**, Praticien hospitalier en Médecine et Santé au Travail au CHU de Toulouse

Merci pour ta disponibilité, tes conseils avisés et pour les heures consacrées à relire et corriger ce travail.

Tous mes remerciements et ma reconnaissance pour ton implication et ton soutien pendant toutes ces années d'internat, et pour avoir accepté de juger cette thèse.

## REMERCIEMENTS PERSONNELS

*A tous mes maîtres de stage, à toutes les personnes rencontrées pendant mes stages et avec qui j'ai eu la chance de travailler, un grand merci pour votre accueil et pour avoir participé à mon développement professionnel et personnel.*

*A tous mes co-internes, merci pour les moments partagés durant l'internat, et surtout pendant nos astreintes au Centre Covid, je ne sais pas ce que j'aurais fait sans vous.*

*A Philippine, Olivia, et Marie, merci pour avoir écouté mes plaintes et votre amitié toutes ces années. Les semestres à la MTPH et à Pasteur n'auraient pas été les mêmes sans vous. Un grand merci à toi, Philippine, pour tes encouragements et ton soutien pendant tout ce travail de thèse.*

*A mes amis, merci pour leur écoute, leur soutien et pour tous les moments partagés ensemble.*

*A mes parents et mes grands-parents, même ceux qui sont partis, pour m'avoir fait grandir et pour leur présence à mes côtés, surtout durant ces longues années d'études. A ma sœur, merci pour tous les souvenirs que l'on a partagés en grandissant.*

*A mon époux, pour son amour, ses encouragements et sa confiance en moi pendant ces dix ans.*

*À ceux qui m'ont soutenue et que je n'aurais pas nommés.*

# Table des matières

<b>Abréviations</b> .....	12
<b>Liste des tableaux et figures</b> .....	13
<b>Introduction</b> .....	14
La violence au travail.....	16
I. Formes de violence en milieu de travail .....	16
1. Violence physique.....	16
2. Violence psychologique.....	16
3. Formes de violence en fonction de la relation entre la victime et l’auteur .....	18
4. Violence externe et interne .....	19
II. Facteurs contribuant à la violence sur le lieu de travail .....	21
1. Facteurs individuels .....	21
2. Facteurs organisationnels/situationnels.....	23
III. Réglementation .....	25
1. Définir et préciser les caractéristiques de la violence au travail .....	25
2. Les violences selon le Code du Travail .....	26
3. Les violences au travail selon le Code Pénal .....	28
IV. Conséquences pour les victimes .....	30
1. Effets sur la santé.....	30
2. Conséquences organisationnelles et financières .....	33
V. Les moyens de prévention et de prise en charge.....	34
1. Les intervenants .....	34
2. Principes de prévention.....	39
VI. Diagnostic .....	52
<b>Revue systématique de la littérature</b> .....	55
I. Objectif .....	55
II. Méthode.....	55
1. Protocole .....	55
2. Stratégie de recherche .....	56
3. Critères d’éligibilité .....	57
4. Sélection des études .....	57

5. Extraction des données.....	57
6. Evaluation de la qualité des études .....	57
7. Synthèse des données.....	58
<b>III. Résultats .....</b>	<b>58</b>
1. Résultats de la stratégie de recherche .....	58
2. Caractéristiques des études (soignants).....	61
3. Caractéristiques des études (non-soignants) .....	75
<b>IV. Discussion.....</b>	<b>80</b>
1. Résultats principaux.....	80
2. Points forts et limites de cette revue .....	84
<b>V. Conclusion .....</b>	<b>86</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>87</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>103</b>
Annexe 1. Questionnaire Leymann Inventory of Psychological Terror .....	103
Annexe 2. Questionnaires pour mesurer la violence psychologique sur le lieu de travail parmi les travailleurs de la santé.....	109
Annexe 3. Quality assessment of cross-sectional studies (BSA Medical Sociology Group).....	111
Annexe 4. Tableau analyse qualitative des articles selon BSA (soignants).....	112
Annexe 5. Tableau analyse qualitative des articles selon BSA (non-soignants) .....	113

## **Abréviations**

ASAP: Assaulted Staff Action Program

CDD : Contrat de travail à durée déterminée

CHSCT : Comité d'hygiène, de santé et des conditions de travail

CRPPE : Centre Régional de Pathologies Professionnelles et Environnementales

CRRMP : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles

CSE : Conseil Social et Economique

CSSCT : Commission santé, sécurité et conditions de travail

DP : Délégation du personnel

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

EvRP : Evaluation des risques professionnels

IPRP : Intervenants en prévention des risques professionnels

PAPRIPACT : Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TPT : Temps partiel thérapeutique

TSPT : Trouble du stress post-traumatique

UIIPRC: University of Iowa Injury Prevention Research Center

## Liste des tableaux et figures

Figure 1. Distinction entre la violence interne et la violence externe en milieu professionnel.....	20
Tableau 1. Comparaison de méthodes de collecte des données.....	52
Figure 2. Flow chart de stratégie de recherche (soignants).....	59
Figure 3. Flow chart de stratégie de recherche (équation générale).....	60
Tableau 2. Caractéristiques des études (soignants).....	69
Tableau 3 Caractéristiques des études (non-soignants) .....	78

## Introduction

La violence au travail est un problème de santé et sécurité qui touche des nombreux travailleurs et fait l'objet d'études depuis au moins 30 ans mais la recherche sur ses antécédents et ses conséquences s'est développée et a progressé sur le plan méthodologique principalement au cours des 15 dernières années (1). Afin de traiter des défis de prise en charge de la violence en milieu de travail, il est essentiel de partager des définitions et de comprendre certaines des causes et des conséquences des différentes formes de violence auxquelles les travailleurs sont exposés.

Dans la pratique et dans la littérature, les termes « agression » et « violence » sont souvent utilisés de manière interchangeable. Il est donc très important de définir chaque terme pour résoudre cette confusion (2). L'agression humaine a été définie par Hills et Joyce (3) comme « toute action ou tout comportement dirigé par un auteur vers une cible et caractérisé par l'intention de l'auteur de causer un préjudice ou un dommage dans le but d'obtenir un résultat proximal ou distal, la motivation de la cible à éviter l'action ou le comportement et la violation des normes que l'action ou le comportement représente ». D'autre part, la violence au travail est un terme spécifique qui fait référence à des incidents au cours desquels les employés sont harcelés, mis en danger ou attaqués dans des conditions liées au travail, ce qui constitue une menace explicite ou implicite pour leur sécurité, leur santé ou leur bien-être.

Comme démontré par Chappel et Di Martino (4), les définitions de la violence au travail varient considérablement d'un pays à l'autre, et présentent des différences linguistiques et culturelles. Plusieurs termes ou concepts connexes sont utilisés pour aborder la violence au travail : agression, intimidation, harcèlement. L'Organisation internationale du travail (5) définit le terme « violence au travail » comme « toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une conduite raisonnable, dans lequel une personne est menacée, lésée, blessée dans le cadre ou en conséquence directe de son travail ». Cependant, une analyse de la littérature actuelle en la matière permet de constater qu'il n'existe pas de définition universelle, transversale et absolue pour l'ensemble des termes relatifs à la violence en milieu de travail, constat partagé par un rapport soumis pour discussion à la Réunion d'experts sur la violence contre les femmes et les hommes dans le monde du travail tenue en octobre 2016 (6).

La violence au travail est un problème professionnel majeur, qui a été étudié, notamment selon une méthode épidémiologique avec une description de la violence au travail selon différentes caractéristiques, telles que les professions des victimes ou les caractéristiques de

l'auteur (7). La prévalence de la violence au travail dépend fortement du secteur d'activité et des caractéristiques de l'emploi. En Europe, en 2015, 6.3% des personnes en emploi de 15 à 64 ans ont été exposées au travail à de la violence physique, psychologique ou sexuelle durant les 12 derniers mois. Le taux le plus élevé parmi les pays de l'Union Européenne se trouvait en France, avec un pourcentage de 13.7% (8).

Il existe certaines professions et certains secteurs industriels où les travailleurs risquent davantage d'être victimes de violences. En particulier, les travailleurs de la santé sont plus susceptibles d'être victimes de violence au travail et d'accidents du travail que les travailleurs d'autres secteurs (9). Une revue systématique de la littérature menée en 2018, a révélé une augmentation du nombre de publications sur la violence au travail dans le secteur de la santé par rapport aux années précédentes, ce qui est en accord avec des études antérieures (10,11), démontrant une augmentation marquée de la recherche sur la violence au travail au cours des deux dernières décennies. Cela peut être lié à l'augmentation du phénomène dans le monde, comme le rapporte une autre étude (12), ou à l'intérêt qu'il a suscité dans le domaine de la recherche (13). Environ 25 % des incidents de violence au travail se produisent dans ce secteur, et environ 50 % de ses professionnels ont été victimes d'un incident violent au cours de leur vie professionnelle (14). La prévalence est probablement encore plus élevée dans certains milieux tels que les unités de santé mentale où les soignants subissent des violences verbales et physiques de manière répétée en raison de la nature des pathologies présentées par leurs patients (15). Ils sont donc les premiers exposés à des situations professionnelles complexes qui demandent beaucoup de contrôle et qui génèrent une grande usure émotionnelle. Une étude a montré que ce seraient les infirmiers qui, en raison des situations de violence vécues, obtiendraient les pires niveaux d'épuisement et d'intelligence émotionnelle (16). L'anxiété, la dépression, le stress post-traumatique, l'augmentation des congés de maladie et les départs à la retraite prématurés sont tous des problèmes courants associés à la violence en milieu professionnel (17). La littérature actuelle en matière de violence au travail est orientée principalement sur la description de l'ampleur, la fréquence et les caractéristiques des agressions, afin d'identifier les facteurs de risque.

Dans ce contexte, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature selon la méthodologie PRISMA, selon deux axes, l'un portant sur les agressions contre les travailleurs en général, et l'autre plus spécifiquement dans le secteur de la santé.

L'objectif de nos travaux est de caractériser cette violence, les facteurs de risque, la réglementation, les conséquences, les moyens de prévention et les intervenants, et les outils diagnostic.

# **La violence au travail**

## **I. Formes de violence en milieu de travail**

La violence en milieu de travail peut prendre différentes formes, en ce sens que différentes formes peuvent se retrouver comprises sous une autre forme (le harcèlement psychologique peut inclure de la violence verbale et du harcèlement sexuel, etc). Elle peut être classée en fonction de sa nature (physique, psychologique), en fonction de la relation entre l'agresseur et la victime (travailleur contre travailleur, travailleur-client/patient, etc.), ou en fonction de la provenance (interne ou externe).

### **1. Violence physique**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation Internationale du Travail (OIT) définissent le concept de violence physique comme « l'usage de la force physique contre une autre personne ou un groupe de personnes, qui entraîne un préjudice physique, sexuel ou psychologique. Sont visés, entre autres, les coups, coups de pied, gifles, coups de couteau, coups de feu, bousculades, morsures et pinçage » (18).

Des auteurs ont noté que certaines études sur la violence physique ne différencient pas la violence infligée et les menaces de violence physique proférées (19). Théoriquement, il s'agit de deux catégories distinctes, la première pouvant avoir des répercussions tant physiques que psychologiques, tandis que la seconde peut avoir des répercussions essentiellement psychologiques.

### **2. Violence psychologique**

La violence verbale est incluse dans la majorité des études qui s'intéressent à la violence en milieu de travail, ainsi que dans les outils et guides portant sur la prévention des risques dans le milieu de travail qui ont été produits par l'Organisation Internationale du Travail (20). Les auteurs d'une revue systématique de la littérature portant sur la violence verbale au travail ont observé que, bien qu'il n'y ait pas de définition commune de la violence verbale au travail dans les différents écrits recensés, la majorité des définitions incluent les concepts de menaces, d'insultes, et parfois de communications orales visant à humilier ou dénigrer la victime (21).

Une abondante littérature a été développée au cours des dernières années sur le « bullying », un terme utilisé dans les pays anglo-saxons ; sur le « mobbing », un concept plus commun en Scandinavie et dans les pays germanophones ; sur le harcèlement moral, utilisé principalement en France et en Belgique et sur le harcèlement psychologique, le terme officiel canadien. Après quelques hésitations initiales, la plupart des chercheurs s'accordent à dire que ces différents termes désignent le même phénomène. Un deuxième niveau de débat se pose alors : fournir une définition universelle de ce phénomène (22). Les spécialistes norvégiens du domaine ont proposé la définition suivante :

« L'intimidation au travail consiste à harceler, à offenser, à exclure socialement quelqu'un ou affecter négativement ses tâches professionnelles. Pour que l'étiquette « intimidation » (ou harcèlement moral) soit appliquée à une activité, une interaction ou un processus particulier, il doit se produire de manière répétée et régulière (par exemple, chaque semaine) et sur une certaine période (par exemple, environ six mois). Les brimades sont un processus d'escalade au cours duquel la personne confrontée se retrouve en position d'infériorité et devient la cible d'actes sociaux négatifs systématiques. Un conflit ne peut pas être qualifié de « bullying » s'il s'agit d'un événement isolé ou si deux parties de force à peu près égale sont en conflit » (23). Soulignons qu'une situation de harcèlement peut aussi inclure des manifestations de violence verbale, physique, sexuelle, etc. (24).

Le harcèlement sexuel en milieu de travail est un phénomène sous-déclaré pouvant se chevaucher avec d'autres formes de violence ou être inclus dans le concept plus large de harcèlement psychologique, en particulier si les victimes sont stigmatisées lorsqu'elles se plaignent de harcèlement sexuel (25). La définition du harcèlement sexuel selon la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations de l'OIT, contient les éléments suivants : « tout comportement non désiré à connotation sexuelle s'exprimant physiquement, verbalement ou non verbalement, ou tout autre comportement fondé sur le sexe, ayant pour effet de porter atteinte à la dignité de femmes et d'hommes, qui n'est pas bienvenu, déraisonnable et offense la personne; et le rejet d'une telle conduite par une personne, ou sa soumission à cette conduite, est utilisé de manière explicite ou implicite comme base d'une décision qui affecte son travail » (26).

Il est également courant de faire la distinction entre les brimades liées à la personne et celles liées au travail. Les brimades liées à la personne se manifestent par des comportements qui portent atteinte à l'intégrité personnelle de l'employé. Des exemples de brimades liées au

travail sont l'attribution d'un travail qui ne correspond pas au niveau de compétence de la personne et la rétention d'informations nécessaires à l'exécution des tâches (27).

Un autre type de harcèlement psychologique rencontré en milieu professionnel c'est le harcèlement discriminatoire. Le harcèlement lié à l'origine ethnique ou à la race est interdit dans la plupart des lois et règlements relatifs aux droits de l'homme, mais l'interdiction de harcèlement fondé sur l'âge ou sur l'orientation sexuelle est moins universelle. Aussi, il est à souligner que le harcèlement à l'égard des travailleurs avec des incapacités a été peu étudié jusqu'à maintenant (28).

Récemment, les chercheurs et les législateurs ont porté leur attention sur la cyber intimidation, qui consiste à utiliser les technologies de communication, telles que les sites de réseautage social, les sites Web, le courriel, la messagerie texte et la messagerie instantanée pour intimider une personne à répétition (29). La cyber intimidation est une nouvelle forme de violence psychologique et, dans certains cas, de violence sexuelle. Cela inclut des actions telles que l'envoi de courriels agressifs ou menaçants, la publication d'informations sexuellement explicites sur le web et la diffusion de rumeurs malveillantes sur les réseaux sociaux (6). Une étude menée auprès des salariés de plusieurs universités du Royaume-Uni révèle que la cyber intimidation au moyen de courriels, de messages et d'affichages sur le Web est aussi courante au travail que le harcèlement psychologique « classique » (30).

### **3. Formes de violence en fonction de la relation entre la victime et l'auteur**

Les chercheurs en santé au travail ont classé la violence au travail selon quatre types suivants (UIIPRC, 2001) :

- Type I : Intention criminelle

Dans le cas de la violence de type I, l'auteur n'a aucune relation légitime avec l'entreprise ou ses employés et commet généralement un délit en même temps que la violence (vol, vol à l'étalage, intrusion). Par exemple une infirmière agressée dans le parking de l'hôpital ou une infirmière de soins à domicile qui est agressée lors qu'elle effectue une visite à domicile. Dans les établissements de soins de santé, la violence de type I est moins fréquente que les autres types de violence (31).

- Type II : Client, patient/personnel

La violence de type II est la plus courante dans les établissements de santé. Elle considère la relation client comme incluant les patients, les membres de leur famille et les visiteurs, et sera désignée sous le nom de violence des clients sur le personnel. Les recherches montrent que ce type de violence se produit le plus fréquemment dans les services d'urgence et de traitement psychiatrique, dans les salles d'attente et dans les établissements gériatriques, mais ne s'y limite en aucun cas (31).

- Type III : Travailleur contre travailleur

La violence de type III entre collègues de travail est communément appelée violence latérale ou horizontale. Elle inclut les brimades et se manifeste fréquemment par des abus verbaux et émotionnels injustes, offensants, vindicatifs et/ou humiliants, mais peut aller jusqu'à l'homicide. La violence entre travailleurs est souvent dirigée contre des personnes considérées comme étant « en bas de la chaîne alimentaire », par exemple d'un superviseur à un supervisé ou d'un médecin à une infirmière, et dans ce cas-là elle est appelée violence verticale (31).

- Type IV : Relation personnelle

Dans la violence de type IV, l'auteur a une relation avec un employé en dehors du travail qui se répercute sur l'environnement de travail. Par exemple, le mari d'une infirmière la suit au travail, lui ordonne de rentrer chez elle et la menace, ce qui a des conséquences non seulement pour cette infirmière mais aussi pour ses collègues et ses patients (31).

#### **4. Violence externe et interne**

La violence interne comprend tout type de violence manifestée entre deux ou plusieurs travailleurs, y compris les supérieurs hiérarchiques, au sein d'une même entreprise. Elle peut concerner la violence entre les collègues d'une même équipe, ou la violence entre collaborateurs de différentes équipes ou directions (25). Il existe deux types de violence interne : verticale, qui peut être ascendante ou descendante, et horizontale ou latérale (Fig. 1). Le concept de violence verticale est utilisé lorsqu'il existe une relation hiérarchique entre la cible de la violence et son auteur, et ça se produit entre des personnes ayant un pouvoir inégal, par exemple une infirmière et une étudiante. Cependant, il existe aussi des cas de supérieurs hiérarchiques faisant l'objet de harcèlement de la part de leurs subordonnés. L'incidence croissante des comportements négatifs sur le lieu de travail a fait

l'objet d'une attention considérable au cours des décennies, mais seule une attention modeste a été accordée à la violence verticale dirigée vers le haut, vers une personne en position d'autorité (32).

La violence entre deux employés appartenant au même niveau hiérarchique est considérée comme de la violence horizontale. Elle désigne les conflits entre groupes, qui se manifestent par le sabotage, la désignation de boucs émissaires, les critiques et autres hostilités non physiques explicites et implicites (33).

La violence externe concerne la violence provenant de clients, d'usagers, d'étudiants, de patients ou leurs accompagnants, de fournisseurs, de sous-traitants et même celle commise par des membres de la famille d'employés. Ces acteurs, externes à l'organisation, ne sont pas soumis au contrôle de l'employeur au même titre que les employés (34) (35).

En 2000, 4 % des travailleurs de l'Union européenne ont déclaré avoir été victimes d'une agression physique sur le lieu de travail de la part de sources extérieures (36). Des études récentes indiquent que jusqu'à 29% des travailleurs de la santé ont été victimes d'agressions physiques de la part de patients, et 21,1% de la part de défenseurs des patients (37,38).

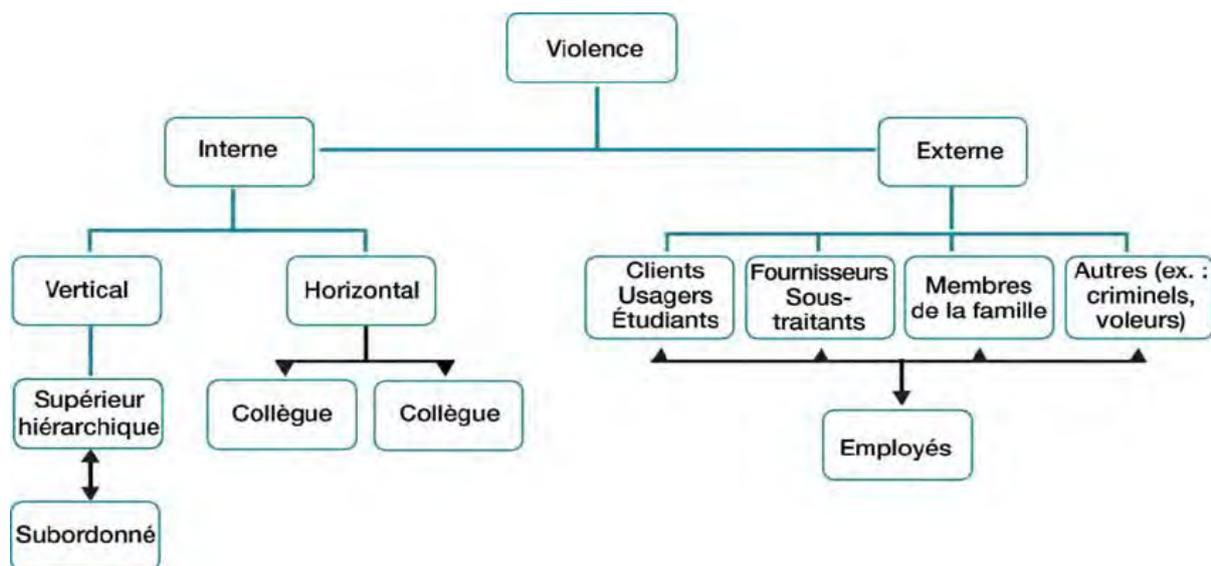


Figure 1. Distinction entre la violence interne et la violence externe en milieu professionnel (Source : INSPQ Canada. Centre d'expertise et de référence en santé publique)

## **II. Facteurs contribuant à la violence sur le lieu de travail**

Il existe de nombreux facteurs de risque qui rendent la violence au travail plus probable. Si on les examine en profondeur, ce qui frappe, c'est que ceux qui ont le plus d'impact sont liés à des niveaux d'effort élevés (facteurs structurels et/ou organisationnels) et au manque de maîtrise de soi et de compétences d'autorégulation des travailleurs (facteurs personnels). Deux types de facteurs ont été catégorisés pour une meilleure compréhension, mais aucun ne doit être compris séparément, mais plutôt comme un ensemble qui affecte et influence tout le monde de la même manière (39).

### **1. Facteurs individuels**

En ce qui concerne les facteurs démographiques (sexe, âge, etc.) liés aux victimes de violences, le rôle joué par les femmes dans un marché du travail mondialisé, l'organisation du travail des institutions, mais aussi la culture sexiste dans les environnements de travail pourraient expliquer la cohérence des résultats montrant un risque plus élevé d'intimidation au travail chez les femmes (40).

Alors que certaines études ont indiqué, avec une signification statistique, que les hommes étaient plus susceptibles d'être victimes de violence, d'autres ont constaté que les femmes étaient plus à risque (41,42). Ce n'est que lorsque Gormley et Oliver ont utilisé des modèles de cohortes longitudinales que ce facteur de risque a été étudié dans des conditions plus rigoureuses. Ils ont constaté que parmi les ambulanciers enregistrés au niveau national aux Etats-Unis, les femmes présentaient un risque accru de violence physique, tandis que les hommes présentaient un risque accru de violence verbale (43,44).

Ces résultats peuvent être justifiés par la forte prévalence des femmes dans le personnel sanitaire et social, qui représente plus de 70% dans le monde, en particulier dans la profession d'infirmière (45). Ce déséquilibre entre les sexes est de la plus haute importance lorsqu'on étudie la violence sexuelle, car dans les milieux où les femmes sont plus représentées, les infirmières sont particulièrement exposées au harcèlement sexuel sur le lieu de travail (46). En particulier, par rapport à leurs collègues masculins, les infirmières sont plus susceptibles d'être harcelées sexuellement au travail par des patients, leur famille ou des collègues (47). En outre, la violence fondée sur le sexe est un problème de santé publique mondial qui se manifeste dans tous les contextes géographiques et culturels et constitue un vaste problème de société.

En ce qui concerne l'âge, les résultats varient largement en fonction du type d'emploi. Il est possible que dans certains types d'emplois exigeant une réaction rapide ou un effort physique, comme les emplois d'ouvriers, les travailleurs plus âgés soient plus susceptibles d'être victimes d'intimidation. De même, dans un emploi nécessitant un horaire flexible, les personnes ayant des enfants pourraient être les principales cibles (40). L'âge moyen des participants aux études a montré que la plupart des personnes exposées à la violence étaient jeunes, ce qui est conforme à d'autres études (48).

En ce qui concerne les traits et types de personnalité, on peut distinguer ceux liés aux auteurs de violence et ceux liés aux victimes de violence. Il existe une tendance à décrire un harceleur comme quelqu'un qui présente des problèmes psychologiques, psychopathologiques ou encore des conduites addictives (49), même s'il semble très difficile d'établir un profil-type de l'agresseur. Hirigoyen (1998), estime que l'agresseur est un pervers narcissique, qu'elle définit comme « un psychotique sans symptômes, qui trouve son équilibre en déchargeant sur un autre la douleur qu'il ne ressent pas et les contradictions internes qu'il refuse de percevoir...la notion de perversité implique une stratégie d'utilisation puis de destruction d'autrui, sans aucune culpabilité » (50).

Les agressions au travail se retrouvent principalement dans les professions où les employés ont un contact direct et inévitable avec des personnes en détresse. Comme les soins de santé impliquent souvent la prise en charge de personnes en crise physiologique ou psychologique, l'agressivité au travail est très répandue (38,51). L'agression professionnelle dans le secteur de la santé est un phénomène qui fait l'objet de nombreuses recherches. Les travailleurs de la santé sont considérés comme l'un des plus grands bénéficiaires d'agressions professionnelles, dépassé seulement par ceux qui travaillent comme barmans ou dans les services de protection (52).

Les patients sont les principaux agresseurs, principalement des hommes (13), alors que les violences verbales et les brimades sont généralement le fait de collègues plus anciens (53). Les causes courantes d'agression sont la détresse et la frustration, les déséquilibres physiologiques, le mauvais usage et l'abus de substances, l'intoxication et les troubles de santé mentale, tels que la démence, l'anxiété, la schizophrénie et les idées suicidaires. Les compétences en communication et les attentes des patients et de leurs défenseurs peuvent également conduire à des cas d'agression (54). Parmi les autres facteurs susceptibles de contribuer aux comportements violents des patients, on peut citer l'insatisfaction à l'égard du

temps de réponse, le manque de compréhension des besoins en matière de traitement et de soins, les sentiments d'impuissance, de frustration et de colère face à une situation d'urgence, la volonté de refuser le transport, le choc culturel et les insuffisances en matière de communication ou de langue (55).

Les chercheurs (56–59) font état de deux types de profils à risque concernant les victimes de violence au travail, le profil « faible » : les personnes fragiles, soumises, anxieuses, bien souvent sur la défensive, avec une faible estime d'elles-mêmes et le profil « dur » : les personnes résistantes, motivées, volontaires, impliquées et éventuellement agressives (50).

Une revue systématique de la littérature qui a été menée en 2019 a trouvé que l'effet des facteurs sociodémographiques, de la personnalité et de certains facteurs professionnels sur les brimades varie d'une étude à l'autre, tandis qu'une mauvaise organisation du travail et de mauvaises méthodes de travail augmentent toujours le risque de brimades. Ce risque varie selon les professions car il dépend beaucoup plus de l'environnement de travail que de la profession elle-même ou des années de travail. Par exemple, comme la démission des travailleurs n'est pas courante chez les fonctionnaires, ceux-ci peuvent être des cibles faciles d'intimidation, principalement lorsque les organisations ne sont pas préparées à soutenir les employés qui ne sont pas bien adaptés aux exigences des employeurs. Les travailleurs à faible revenu, payés à l'heure et moins satisfaits de leur rémunération, ainsi que ceux qui travaillent en équipe, sont généralement exposés à des conditions de travail plus précaires, ce qui rend ces personnes plus vulnérables aux brimades (40).

## **2. Facteurs organisationnels/situationnels**

Un large éventail de facteurs professionnels importants concernant l'organisation du travail, les questions de gestion, le type d'emploi et les revenus ont également été évalués dans les études. Les risques psychosociaux du travail sont définis comme « des facteurs qui sont liés à l'organisation du travail, aux pratiques de gestion, aux conditions d'emploi et aux relations sociales et qui augmentent la probabilité d'engendrer des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des personnes exposées » (60). Les problématiques posées par les risques psychosociaux sur le lieu de travail sont considérables dans de nombreux pays, et les rapports avec la violence sur le lieu de travail ont fait l'objet d'une attention considérable dans la littérature (61,62). Le harcèlement en soi est considéré comme un risque psychosocial du travail, mais des études montrent que d'autres risques psychosociaux peuvent être précurseurs de la violence en milieu de travail. Plusieurs études ont d'ailleurs démontré des associations

entre le harcèlement psychologique et d'autres risques psychosociaux du travail, tels que la charge de travail, la tension au travail, le déséquilibre entre les efforts et la reconnaissance, les conflits de rôle et l'insécurité d'emploi (63–65).

L'occurrence du harcèlement varie selon les professions et il n'a pas été possible d'identifier un modèle dans cet aspect. Dans les années 1990, Leymann (66) a affirmé que quatre facteurs principaux étaient liés à l'apparition du harcèlement moral dans les organisations : les déficiences dans la conception du travail, les déficiences dans le comportement des dirigeants, la position socialement exposée de la victime et les normes morales peu élevées dans l'organisation, décrivant ainsi « l'hypothèse de l'environnement de travail ». Depuis, plusieurs études ont été menées afin d'élucider son impact et ses causes.

Les résultats étaient également controversés en ce qui concerne le type de travail (permanent ou temporaire). Les fonctionnaires étaient plus susceptibles d'être victimes de brimades que les autres travailleurs (67–69). Les travailleurs à faible revenu (70), payés à l'heure (67) et moins satisfaits de leur rémunération (71), étaient également plus susceptibles d'être victimes d'intimidation (40). Par exemple, un professionnel de la santé qui a un contrat de travail à temps plein est plus susceptible d'être exposé à la violence en milieu de travail, car cela implique un plus grand épuisement émotionnel, et une plus grande exposition à des situations extrêmes et à tous types de personnes aux réactions multiples. Nous comprenons, conformément aux résultats, que cette probabilité d'être exposé à la violence augmentera s'il travaille dans une spécialité dans laquelle il vit des moments de grande tension et de stress (39).

Le secteur des soins à domicile présente des risques particuliers pour les travailleurs, car le domicile des clients les expose à un environnement de travail relativement incontrôlé. La nature isolée des travailleurs de santé exerçant leur activité au domicile des clients peut représenter un risque supplémentaire de violence de la part des patients et de leurs proches (72,73).

En ce qui concerne l'organisation et le personnel des urgences, les gardes de nuit, les longs délais d'attente des patients, les exigences professionnelles élevées du personnel et une relation travailleur-patient inadéquate augmentent le risque de violence au travail (74). Les agressions sont plus fréquentes pendant le poste du matin ou de la nuit. Dans la plupart des cas, ces incidents sont causés par les temps d'attente et les retards (13).

Un facteur distinctif des environnements de soins de santé est leur caractère contrôlé ou non contrôlé. Un environnement contrôlé fait référence à la zone de travail prédéterminée dans

laquelle les travailleurs de la santé opèrent, comme le service des urgences ou une salle de l'hôpital. Les paramédicaux, les sage-femmes et les infirmières des régions éloignées sont des exemples de travailleurs de la santé qui opèrent dans un environnement non contrôlé (75). Il s'agit plutôt d'un espace de travail impromptu où les travailleurs de la santé ont peu de connaissances des éléments physiques et sociaux et doivent s'adapter à l'environnement (52).

Gascon et al ont constaté que les agents de santé d'un grand hôpital subissent davantage de violence physique que ceux d'un petit hôpital et d'un centre de santé primaire (76). Les facteurs de risque de violence physique sur le lieu de travail, tels que la surpopulation, le bruit, les longues périodes d'attente et les courtes périodes de consultation, sont plus fréquents dans les hôpitaux tertiaires (77–79). En outre, l'état de santé des patients était généralement plus grave dans les hôpitaux tertiaires que dans les établissements de soins primaires. Cependant, les patients avaient des attentes plus élevées dans les hôpitaux tertiaires que dans les établissements de soins primaires (79,80).

Plusieurs études ciblent la normalisation de la violence au sein de la culture organisationnelle comme l'un des facteurs de risque de la violence au travail, dans le sens où les travailleurs et les employeurs peuvent croire que la violence fait partie du travail. Ce facteur a comme effet de rendre la violence invisible, puisque les travailleurs et les employeurs ne rapportent pas les incidents de violence, rendant ainsi la prévention difficile (19,81).

### **III. Réglementation**

#### **1. Définir et préciser les caractéristiques de la violence au travail**

La définition de la violence au travail est différente selon qu'on se situe dans le cadre du droit français ou dans le cadre du droit européen (50). L'Article 1er de l'accord national interprofessionnel français du 17 Juin 2011 relatif à la violence au travail définit et précise que : « La violence au travail se produit lorsqu'un ou plusieurs salariés sont agressés dans des circonstances liées au travail. Elle va du manque de respect à la manifestation de la volonté de nuire, de détruire, de l'incivilité à l'agression physique. La violence au travail peut se traduire par des agressions verbales, comportementales, physiques... ». Le champ de l'accord concerne les actes de harcèlement et de violence au travail commis, à l'occasion de relations

professionnelles entre : les salariés d'une même entreprise ; les salariés et des tiers concourant de façon habituelle à l'activité de l'entreprise (82).

Au niveau européen, le comité consultatif pour la sécurité, l'hygiène et la protection de la santé sur le lieu de travail a adopté son avis sur la violence au travail en 2001. Il propose la définition de la violence suivante : « La violence peut se définir comme une forme de comportement négatif ou d'action, dans les relations entre deux personnes ou plus, caractérisée par une agressivité, parfois répétée, parfois sporadique, qui a des effets négatifs sur la sécurité, la santé et le bien-être des travailleurs sur le lieu de travail » (50).

## **2. Les violences selon le Code du Travail**

### **○ Harcèlement moral**

Le harcèlement survient lorsqu'un ou plusieurs salariés font l'objet d'abus, de menaces et/ ou d'humiliations répétés et délibérés dans des circonstances liées au travail, soit sur les lieux de travail, soit dans des situations liées au travail (82). Le Code du travail prévoit que :

« Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel » (83).

« Aucun salarié, aucune personne en formation ou en stage ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en matière de rémunération, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat pour avoir subi ou refusé de subir des agissements répétés de harcèlement moral ou pour avoir témoigné de tels agissements ou les avoir relatés » (83).

Sont donc constitutifs du harcèlement moral : « des faits répétés » : un seul acte ne caractérise donc pas systématiquement le harcèlement ; « susceptibles de porter atteinte » : peu importe que le harceleur soit parvenu ou pas à ses fins, le simple comportement suffit à caractériser l'infraction ; enfin, l'auteur des faits peut être un collègue, un supérieur hiérarchique, un subordonné du salarié victime ou un tiers non-salarié (82).

### ○ **Harcèlement sexuel**

Selon l'article L1153-1 du Code du travail, aucun salarié ne doit subir des faits (84) :

« Soit de harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste répétés qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante ;

Soit assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers ».

Le harcèlement sexuel ne doit pas être confondu avec l'agression sexuelle, qui suppose un contact physique non-consenti (exemple : des attouchements) et exercé avec violence, contrainte, menace ou surprise (article 222-22 du Code pénal) ; le harcèlement moral, le viol, l'outrage sexiste, qui n'a pas besoin d'avoir un caractère répétitif. La violence sexuelle dans le monde du travail existe dans toutes les professions et tous les secteurs de l'économie à l'échelle mondiale (85).

### ○ **Le comportement discriminatoire**

Certaines catégories de salariés peuvent être affectées plus particulièrement par le harcèlement et la violence en raison de leur origine, de leur sexe, de leur orientation sexuelle, de leur handicap, ou de la fréquence de leur relation avec le public. En effet, les personnes potentiellement exposées à des discriminations peuvent être plus particulièrement sujettes à des situations de harcèlement ou de violence au travail (86).

L'article L.1132-1 du Code du travail stipule que « aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire » (87).

### ○ **Obligations de l'employeur**

La prévention du harcèlement et des violences internes au travail s'inscrit dans l'obligation générale de sécurité qui incombe à l'employeur (article L. 4121-1 du Code du travail) d'évaluer les risques et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger

la santé physique et mentale de ses salariés. L'employeur est tenu, de protéger le salarié contre toutes formes de harcèlement et de violence au travail, qu'elles se manifestent notamment : de façon verbale ou écrite; par leur caractère psychologique, physique et/ ou sexuel; par une série d'incidents ponctuels ou de comportements systématiques; entre collègues, entre supérieurs et subordonnés, entre salariés et des tiers travaillant habituellement dans l'entreprise (82).

Les partenaires sociaux français ont signé un accord sur le harcèlement et la violence au travail le 26 mars 2010, qui a été étendu par un arrêté du 23 juillet 2010. Ses dispositions sont donc rendues obligatoires pour tous les employeurs et tous les salariés de son champ d'application. Il invite les entreprises à déclarer clairement que le harcèlement et la violence sur le lieu de travail ne sont pas tolérés, et à prévoir des mesures appropriées de gestion et de prévention. Cet accord fournit une trame d'intervention à formaliser par l'entreprise : suivi des plaintes, respect de la confidentialité, prise en compte des avis de toutes les parties concernées, sanction disciplinaire en cas de fausse accusation, recours à un avis extérieur, médiation. Il rappelle que l'employeur a la responsabilité de déterminer, examiner et surveiller les mesures appropriées à mettre en place, en concertation avec les salariés et/ou leurs représentants (88).

### **3. Les violences au travail selon le Code Pénal**

**Le harcèlement moral** est interdit en France par le Code du travail et par le Code pénal (articles L. 1152-1 et suivants du Code du travail, 222-33-2 du Code pénal).

Selon l'article 222.33.2 du Code pénal, « le fait de harceler autrui par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende » (89). Au regard de la loi française, le harcèlement moral est un délit prévu et puni. Quant au harcèlement psychologique, il ne fait l'objet d'aucune reconnaissance légale (90).

**Le harcèlement sexuel**, selon le Code pénal, « est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. » (91). L'infraction est également constituée:

1° Lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime par plusieurs personnes, de manière concertée ou à l'instigation de l'une d'elles, alors même que chacune de ces personnes n'a pas agi de façon répétée ;

2° Lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime, successivement, par plusieurs personnes qui, même en l'absence de concertation, savent que ces propos ou comportements caractérisent une répétition.

Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Les faits mentionnés sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. Ces peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende lorsque les faits sont commis (91) :

1° Par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ;

2° Sur un mineur de quinze ans ;

3° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ;

4° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité ou dépendance résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale est apparente ou connue de leur auteur ;

5° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ;

6° Par l'utilisation d'un service de communication au public en ligne ou par le biais d'un support numérique ou électronique ;

7° Alors qu'un mineur était présent et y a assisté ;

8° Par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait.

**La discrimination** est définie selon le Code pénal de la manière suivante (92) :

« Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques sur le fondement de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur perte d'autonomie, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée ». La discrimination définie aux articles 225-1 à 225-1-2 du Code pénal, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

#### **IV. Conséquences pour les victimes**

La violence sur le lieu de travail est associée à un retentissement sur la santé de la victime. Tout d'abord, elle entraîne un traumatisme physique et mental pour les victimes, ainsi que sur ceux qui sont témoins du comportement. Les victimes éprouvent des difficultés à se concentrer sur leur travail, ce qui se traduit par une baisse d'intérêt pour le travail, une augmentation des congés et une diminution de la satisfaction professionnelle (2). En outre, l'agression au travail a un impact sur les organisations et les communautés.

##### **1. Effets sur la santé**

Au niveau individuel, l'agression au travail peut avoir un impact sur la santé physique et psychologique ; des effets à court terme, tels que des contusions ou des sentiments de colère et de peur, aux effets à long terme, tels que la dépression, ou d'autres troubles de la santé mentale et l'invalidité permanente.

Lorsqu'on leur pose la question, 33 % des patients souffrant de troubles de l'humeur attribuent leurs problèmes mentaux à leur situation professionnelle (93), ce qui fait des problèmes au travail la cause de dépression la plus fréquemment déclarée. Que le travail ait un impact sur la santé mentale n'est pas surprenant, puisque les gens passent la majeure partie de leur vie

quotidienne au travail. Le travail est source de sens, de revenus et de relations sociales, mais il peut aussi être source de stress (94).

Une revue systématique d'études longitudinales a montré que les personnes exposées aux brimades au travail avaient 68% de chances supplémentaires de souffrir d'une mauvaise santé mentale par la suite, par rapport à celles qui n'y étaient pas exposées.

En outre, d'autres recherches ont montré que l'exposition au harcèlement moral au travail permettait de prédire des problèmes de santé mentale 5 à 7 ans plus tard (95). Bien que la violence et les menaces liées au travail puissent être de nature catastrophique, elles sont le plus souvent moins graves. En revanche, la violence liée au travail est souvent prolongée ou répétée, ce qui peut contribuer à augmenter le risque de troubles mentaux (96).

Une explication de la relation entre l'exposition aux brimades et les problèmes de santé mentale est que les brimades agissent par le biais de facteurs cognitifs, tels que les attributions et les interprétations. Cela signifie que l'effet des brimades sur la santé dépend de la façon dont la victime vit, évalue et comprend l'exposition aux brimades. En même temps, des études transversales indiquent que les facteurs cognitifs ont une importance limitée pour les problèmes de santé lorsque l'exposition aux comportements d'intimidation est de haute intensité, ce qui indique donc que le degré de sévérité de l'intimidation est néanmoins le principal facteur qui a un impact sur les problèmes de santé des cibles (27).

Dans les premiers stades d'un processus d'intimidation, les cibles éprouvent généralement des réactions telles que l'inquiétude, la détresse, le désespoir et la confusion (97). Les réactions psychologiques et psychosomatiques deviennent plus importantes et plus graves avec une exposition persistante. Pour illustrer ces réactions, les recherches montrent que les brimades prolongées sont associées à des rapports ultérieurs d'anxiété (98,99), de dépression (98,100), des effets négatifs sur les ressources personnelles (estime de soi), de maux de tête et de problèmes de sommeil (101). Par exemple, dans une étude à méthode mixte sur le harcèlement au travail parmi les employés d'université, l'insomnie a été signalée par pratiquement tous les cas interrogés (102). Dans une étude sur les victimes de harcèlement, les résultats ont révélé une prévalence élevée de problèmes de sommeil, notamment des difficultés à s'endormir, un sommeil interrompu, de la fatigue pendant la journée et des réveils matinaux (103).

Alors que les liens entre le harcèlement moral au travail et la mauvaise santé mentale ont été clairement démontrés par plusieurs études longitudinales de haute qualité, (104,105) l'impact du harcèlement moral au travail sur les idées et les comportements suicidaires reste

relativement inexploré. L'OMS rapporte que plus de 800 000 décès par an sont dus au suicide, et que le suicide était la deuxième cause de décès chez les 15-29 ans dans le monde en 2012. Elle indique également que le suicide est un phénomène mondial qui touche toutes les régions du monde et qu'en 2012, 75 % des suicides ont eu lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (106). Compte tenu de la prévalence importante des brimades au travail dans le monde et des liens avérés avec une mauvaise santé mentale, il est possible que les brimades au travail soient liées aux idées et comportements suicidaires. En effet, une exposition prolongée aux brimades sur le lieu de travail a été identifiée comme un prédicteur clé de la mauvaise santé mentale cinq ans plus tard (105).

Les conséquences à plus long terme d'une agression au travail seraient la perte de confiance, l'absence du travail, la perte de bonnes relations de travail avec les collègues et l'évitement du lieu de travail (jusqu'à 60%), l'automédication (y compris les drogues et l'alcool) et le départ de l'organisation ou même de la profession (107).

Les résultats d'une méta-analyse indiquent que les brimades peuvent également se manifester par des symptômes somatiques ultérieurs. Elles ont été associées à un risque accru de maladies chroniques, notamment le diabète de type 2. Les émotions négatives induites, telles que la dépression et l'anxiété, peuvent contribuer au risque de diabète par une activation prolongée de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et du système nerveux sympathique, ou indirectement par une altération du sommeil, par exemple. En outre, les stratégies d'adaptation liées au stress, telles que le comportement alimentaire de confort avec une préférence accrue pour les aliments riches en énergie et en nutriments, peuvent entraîner une prise de poids ou une augmentation du tour de taille, qui sont deux facteurs de risque essentiels du diabète (108).

Il convient de souligner qu'une lacune importante de la littérature existante est que peu d'études ont examiné dans quelle mesure les symptômes somatiques prédisent l'exposition ultérieure aux brimades. Cependant, sur la base des recherches qui montrent des associations entre la dépression et les symptômes somatiques, une explication théorique pourrait être que les brimades sont indirectement liées aux symptômes somatiques par le biais de la santé mentale (27).

Les répercussions de la violence sur le lieu de travail vont au-delà des personnes directement concernées. Les recherches ont démontré que les témoins d'actes de violence pouvaient nourrir une crainte par rapport à ce type d'actes à l'avenir et subir, de ce fait, des effets négatifs semblables aux victimes directes de l'agression ou de l'attaque (109).

Dans son étude sur les employés municipaux, Vartia (2001) a divisé son échantillon en trois groupes : « harcelés », « observateurs » et « non harcelés ». Il en a conclu que 40% des personnes harcelées souffraient d'un niveau de stress modéré à très élevé, tandis que 25% des observateurs et 14% des personnes non harcelées souffraient de niveaux de stress comparables (110).

## **2. Conséquences organisationnelles et financières**

Au-delà des effets sur la santé des individus, l'agression professionnelle peut également affecter les finances et la carrière des victimes en raison de la nécessité de s'absenter du travail pour cause de maladie ou de blessure, et de la diminution de la satisfaction au travail et de l'engagement envers une organisation (111,112). Au niveau organisationnel et communautaire, l'agression professionnelle a un impact sur la qualité de la prestation de services, a des coûts économiques en termes de nécessité de soutenir et de remplacer le personnel, et provoque une perturbation potentielle des services à la communauté (113).

Les employés qui ont été victimes de harcèlement ont des niveaux de satisfaction professionnelle plus faibles, et sont plus susceptibles de quitter leur lieu de travail. Les organisations sont confrontées à un risque accru d'épuisement des compétences et d'absentéisme, ce qui entraîne un manque à gagner, des frais juridiques potentiels et des procès (114). Les conséquences pour l'organisation sont le plus souvent rapportées en termes financiers. Un rapport commandé par le Dignity at Work Partnership a estimé que le coût total des brimades pour les organisations au Royaume-Uni en 2007 était d'environ 13,75 milliards de livres sterling (115). En termes réels, ces coûts découlent de l'augmentation des absences pour maladie, des coûts de recrutement associés à la propension du personnel à partir et de la baisse de productivité (116).

Cependant, Beale (117) affirme que certains employeurs ne s'attaquent pas au harcèlement moral parce qu'ils profitent de son existence sur le lieu de travail. Il suggère qu'un certain niveau d'intimidation par les managers dans les organisations est toléré, car il est considéré comme un moyen efficace de contrôler la main-d'œuvre.

L'expérience de la violence semble avoir des conséquences importantes pour les infirmières, notamment en dégradant leur bien-être et en affectant leur désir de fournir des soins. De nombreuses infirmières pensent que la violence met en danger leur intégrité professionnelle, sociale et personnelle. Elles pensent que le fait d'être confrontées à la violence a fini par leur faire perdre l'envie de travailler en tant qu'infirmières (118). Environ 75% des infirmières

supposent qu'elles ne pourront pas travailler dans cette profession jusqu'à la retraite dans les conditions données. Presque une infirmière sur deux pense à quitter la profession plusieurs fois par an (119). Laschinger (120) a trouvé une corrélation significative entre les expériences des infirmières praticiennes en matière d'incivilité au travail et la qualité des soins que les infirmières ont fournis. Les infirmières de cette étude ont déclaré que l'incivilité augmentait leur risque de commettre des erreurs dans les soins aux patients.

## **V. Les moyens de prévention et de prise en charge**

### **1. Les intervenants**

#### **o Les services de santé au travail**

La médecine du travail est une spécialité médicale qui a pour objectif de préserver la santé physique et morale des travailleurs. Selon le Code du travail, le médecin du travail est le « conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux » et son rôle consiste « à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé » (121).

Confronté à la violence en milieu de travail, le médecin du travail est appelé à s'interroger sur la genèse de ces événements et sur la signification des conduites qui leur sont associées, pour élaborer des stratégies d'action en réponse aux événements violents, et, mieux encore, pour les prévenir (122).

Il peut alerter l'employeur d'une situation de violence et il peut poser le problème et le débattre avec les représentants du personnel et l'employeur et améliorer l'information sur les problèmes de violence au travail. Il peut aider le salarié à analyser, élaborer, délibérer et prendre des décisions qui concernent sa santé. Il peut donner un avis d'inaptitude au poste de travail (avec l'accord de l'intéressé) au cours d'un examen pour faire cesser une situation qu'il juge dangereuse pour la santé de l'individu, et demander un reclassement ou un aménagement de poste (90).

L'action du médecin du travail peut, selon les cas, se déployer dans quatre directions articulées dans le cadre d'une situation de violence au travail :

- Répondre à l'urgence, réelle ou ressentie
- Préserver les intérêts médico-professionnels des individus, et permettre le débat sur les enjeux collectifs,
- Analyser la part du travail dans la genèse des événements violents et dans les conduites qui y sont liées,
- Réfléchir à la prévention de la violence.

Il s'agit donc, en pratique, d'évaluer la réalité médicale de l'urgence, pour déclencher si besoin les secours appropriés, de prendre, ou de s'assurer que sont prises, les mesures conservatoires et de sauvegarde qui s'imposent : selon les cas, inaptitude temporaire, lien avec le médecin traitant ou un spécialiste, hospitalisation, sans oublier la déclaration en accident du travail (122) ou de maladie professionnelle, en cas de syndrome de stress post-traumatique avéré, pouvant survenir notamment à la suite de violences externes. Bien qu'il n'existe pas de tableau de maladie professionnelle concernant les affections d'origine psychique, les demandes de reconnaissance du caractère professionnel de ces pathologies peuvent être examinées en comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) (123).

Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), les psychologues du travail et les infirmières en santé au travail peuvent aussi intervenir, organiser des actions de prévention (sensibilisation, information), notamment dans certaines situations comme un changement de direction ou d'organisation, réaliser des entretiens individuels (sur prescription du médecin du travail), pour écouter et construire des actions individuelles et collectives, en garantissant la confidentialité des informations (124).

#### ○ **L'employeur**

Le chef d'entreprise a plusieurs obligations dans le domaine de la prévention des risques professionnels. L'employeur est tenu, à l'égard de chaque salarié, d'une obligation de sécurité qui lui impose de prendre les mesures préventives nécessaires pour assurer sa sécurité et protéger sa santé physique et mentale et, à défaut, engager sa responsabilité. Il doit chercher à identifier les situations professionnelles conduisant à l'incivilité, évaluer les risques de survenue de tels actes, pour mettre en place des mesures de prévention adaptées en donnant la priorité aux mesures permettant de supprimer les violences ou à défaut de les réduire, d'informer et de former le personnel exposé (125).

Plusieurs niveaux d'intervention pour l'employeur sont possibles :

- Prendre en compte la souffrance des salariés : éviter le déni, être à l'écoute et conseiller les salariés concernés ;
- Analyser la situation et rechercher des éléments explicatifs ;
- Désamorcer si possible la situation par un dialogue direct ou un rappel des règles avec la ou les personnes concernées ;
- Se faire conseiller éventuellement à l'extérieur : associations ou organisations professionnelles, avocat, médecin du travail.
- Mettre en place en premier lieu une réponse ponctuelle, en usant le cas échéant de son pouvoir disciplinaire ;
- Répertorier systématiquement tous les agissements hostiles et leurs origines éventuelles, pour en conserver une trace (dans un « cahier d'incidents », au moyen d'une « fiche de relevé d'agression » etc.) ;
- Adopter une approche plus globale du problème : déterminer si ce dysfonctionnement est ponctuel ou révélateur de problèmes plus importants et engager une démarche de prévention globale ou l'actualiser ;
- Faire cesser le problème, éviter qu'il ne se (re)produise (obligation générale de sécurité de l'employeur) (88).

L'agression peut être déclarée directement par l'employeur auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou bien inscrite sur le registre d'accidents bénins détenu éventuellement par l'entreprise. Cette déclaration permet le cas échéant de pouvoir obtenir réparation des lésions ou traumatismes, au titre de l'accident de travail (123).

Le chef d'entreprise doit également sanctionner tout acte de violence commis au sein de son entreprise. Pour prendre sa décision, l'employeur s'appuiera sur plusieurs éléments pour apprécier la gravité des faits. Parmi ces éléments, nous pouvons citer : les conséquences de la faute commise (arrêt de travail, désorganisation de l'entreprise, etc.), le lieu de la bagarre (dans les locaux de l'entreprise, en dehors des locaux (chez un client par exemple, pour un commercial) ; l'attitude des protagonistes après les faits : sentiment de regret, de remords, de défiance ; les causes de la situation de violence, les risques encourus en faisant retravailler les salariés concernés, le niveau de responsabilité et l'ancienneté du ou des salariés fautifs (126). L'employeur a deux mois pour engager des poursuites disciplinaires à compter du jour où il a

eu connaissance des faits fautifs ou, s'il y a eu enquête, a compter des résultats de l'enquête (127).

- **Le Conseil Social et Economique-CSE**

La santé et la sécurité au travail sont des points primordiaux à maîtriser en entreprise. Bien les appréhender aide à la prévention de graves accidents et permet à tous les salariés d'évoluer dans un environnement de travail sain et sécurisé.

Depuis 2017, les entreprises d'au moins 11 salariés ont l'obligation de mettre en place un comité social et économique (CSE), qui comprend l'employeur et une délégation du personnel (DP). Autrement dit, il incombe au CSE d'alerter et de prévenir les risques professionnels en entreprise (128). Les électeurs doivent travailler dans l'organisation depuis plus de trois mois, ce qui inclut les travailleurs en CDD ou en contrat d'intérim (50).

Le CSE réalise des enquêtes pour s'assurer qu'aucun risque n'est négligé. Il bénéficie aussi d'un droit d'alerte en cas de danger public ou individuel pressenti (art. L. 2312-5). Il a pour mission d'informer l'employeur et cet événement a l'obligation d'apparaître dans le registre des dangers en indiquant les postes de travail concernés, la nature des dangers, leur cause, les noms des salariés exposés. L'employeur ou un représentant se charge ensuite faire une enquête, accompagné d'au moins un représentant du personnel.

Au-delà de la simple prévention, le CSE assure la promotion de la santé et de la sécurité au travail. Il a la capacité de réaliser des analyses à propos des risques professionnels à travers le document unique par exemple. Néanmoins, c'est au dirigeant de le rédiger, en coopération avec le CSE. L'instance veille aussi à ce que le dirigeant garantisse un aménagement des postes destinés aux personnes handicapées, et plus généralement des opportunités d'emploi. De la même manière, il s'assure que les femmes accèdent à leurs fonctions sans difficultés, et traite les problématiques liées à la maternité. Enfin, il se charge de lutter contre le harcèlement (art. L. 2312-9) (128).

- **La Commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT)**

Pour traiter ces sujets en détail, le CSE peut constituer une CSSCT (Commission santé, sécurité et conditions de travail). À la différence du CHSCT, la commission santé, sécurité et conditions de travail fait partie du CSE. Elle n'est donc pas indépendante et ne possède pas de personnalité morale. C'est une commission formée par le CSE pour approfondir les questions relatives à la santé et la sécurité du travail. Elle ne peut donc pas entamer d'action

en justice ni faire appel à un expert de son propre chef. C'est au CSE d'agir. La CSSCT du CSE n'est obligatoire que pour :

- Les entreprises et établissements distincts d'au moins 300 salariés (art. L. 2315-36 du Code du Travail) ;
- Les sites Seveso ou disposant d'installations nucléaires.

Il est toutefois possible de former une CSSCT dans les autres structures, si l'employeur et la majorité des membres du CSE le souhaitent (art.L.2315-43). Les missions du CSE étant multiples et variées, il est judicieux de composer une CSSCT pour garantir un environnement de travail propice. La CSSCT est constituée d'au minimum trois élus, dont au moins un du deuxième collège et un du troisième s'il existe. Si l'on décide d'en désigner plus, il conviendra de respecter la proportion par collège. Les élus CSE choisissent ceux de la CSSCT, à la majorité. Enfin, c'est l'employeur qui préside la CSSCT. Il peut se faire accompagner de collaborateurs non élus pour l'assister. Ils ne peuvent cependant pas être plus nombreux que les élus (article L. 2315-39) (128).

#### o **Médecine de soins**

Si l'employeur doit tout faire pour éviter d'exposer ses salariés aux risques de violence externe, une démarche d'accompagnement d'éventuelles victimes doit néanmoins être prévue afin de limiter autant que possible les traumatismes consécutifs à une agression.

Rapidement après l'événement, et au maximum 3 jours après, il est recommandé de mettre en place un débriefing ou un entretien individuel d'écoute avec un professionnel (médecin, psychologue). Cette étape permet à la victime de gérer les émotions, pensées et sentiments générés par l'événement. Un débriefing collectif peut également être mis en place pour les collègues témoins de l'agression ou des collègues de la victime qui exprimeraient le besoin de parler de l'événement. Suite au débriefing, sur les conseils du médecin du travail et/ou le service de santé au travail, un suivi psychologique complémentaire peut être proposé aux salariés dont l'état le nécessite (123).

Le médecin traitant a un rôle important concernant la prise en charge somatique, soigner les troubles qui peuvent survenir après l'événement, comme les troubles du sommeil, les

céphalées, les migraines, les troubles gastro-intestinaux, la fatigue, l'irritabilité, etc., mais aussi pour soutenir et accompagner, pour la prescription d'un arrêt maladie, si nécessaire.

Un autre dispositif de soutien est représenté par les Centres Régionaux de Pathologies Professionnelles et Environnementales (CRPPE), des structures hospitalo-universitaires qui ont les missions suivantes :

- La prévention, le diagnostic et la prise en charge des affections en lien supposé ou avéré avec le travail ou l'environnement ainsi que l'appui aux professionnels de santé, quels que soient leurs lieux et modes d'exercice, pour la réalisation de ces missions ;
- L'animation de réseaux de professionnels de santé au travail ;
- L'enseignement et la recherche sur les pathologies professionnelles et environnementales (129).

Le CRPPE a donc une activité de consultations et notamment de consultations de souffrance au travail. Ce type de consultation a comme but d'aider le salarié à reprendre le cours de sa vie, en apportant une aide à la compréhension de ce qui s'est passé : rechercher notamment des facteurs professionnels d'une souffrance psychique, de conseiller les salariés vis-à-vis du maintien au travail, des possibilités de reprise, d'aptitude à un poste de travail notamment, en lien avec le médecin du travail, ou de conseiller en matière de possibilités de reconnaissance en accident du travail ou maladie professionnelle (130).

## **2. Principes de prévention**

La prévention des situations de violence et de harcèlement répond aux mêmes principes et méthodes que ceux des risques psychosociaux. Elle passe tout d'abord par une démarche globale de prévention. Elle exige également des mesures spécifiques (88).

Pour mettre en place une démarche de prévention, il est nécessaire de s'appuyer sur les neuf grands principes généraux (L.4121-2 du Code du travail ) qui régissent l'organisation de la prévention :

- Éviter les risques, c'est supprimer le danger ou l'exposition au danger.
- Évaluer les risques, c'est apprécier l'exposition au danger et l'importance du risque afin de prioriser les actions de prévention à mener.
- Combattre les risques à la source, c'est intégrer la prévention le plus en amont possible, notamment dès la conception des lieux de travail, des équipements ou des modes opératoires.
- Adapter le travail à l'homme, en tenant compte des différences interindividuelles, dans le but de réduire les effets du travail sur la santé.

- Tenir compte de l'évolution de la technique, c'est adapter la prévention aux évolutions techniques et organisationnelles.
- Remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins, c'est éviter l'utilisation de procédés ou de produits dangereux lorsqu'un même résultat peut être obtenu avec une méthode présentant des dangers moindres.
- Planifier la prévention en intégrant technique, organisation et conditions de travail, relations sociales et environnement.
- Donner la priorité aux mesures de protection collective et n'utiliser les équipements de protection individuelle qu'en complément des protections collectives si elles se révèlent insuffisantes.
- Donner les instructions appropriées aux salariés, c'est former et informer les salariés afin qu'ils connaissent les risques et les mesures de prévention (131).

La prévention de la violence est plus efficace lorsqu'elle est réalisée en consultation avec les travailleurs et coordonnée avec ces derniers. Les employeurs devraient en effet demander conseil et faire appel au comité de santé et sécurité ou au représentant de la santé et de la sécurité au moment d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des politiques de prévention de la violence et du harcèlement au travail, de définir les risques et, plus important encore, de déterminer et de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques. Les membres du comité (composé de représentants de l'employeur et des employés) doivent comprendre ce qui constitue de la violence au travail, connaître les exigences législatives pertinentes, être en mesure de définir les facteurs pouvant contribuer à la violence, et comprendre les tenants et aboutissants de la confidentialité des plaintes liées à la violence au travail (132).

La prévention de la violence doit s'effectuer de trois façons :

La prévention primaire est une stratégie qui empêche la violence avant même qu'elle ne survienne. L'idée est d'éliminer les facteurs qui posent des risques de violence. La prévention consiste ainsi à cerner les dangers et à les supprimer avant qu'un travailleur ne soit blessé.

La prévention secondaire met l'accent sur les interventions immédiates en cas de violence. Il s'agit ici d'interventions d'urgence ou de soins médicaux prodigués aux travailleurs ayant subi des blessures.

La prévention tertiaire se compose d'approches à long terme à adopter après un incident de violence, notamment des enquêtes pour déterminer les causes de l'incident et éliminer les risques que l'incident ne se répète pas (132).

## ○ **Prévention primaire**

La prévention primaire consiste en agir sur les déterminants de la violence, c'est à dire identifier les situations de travail au cours desquelles des violences peuvent survenir, analyser les situations d'exposition à la violence et identifier les facteurs de risque, mettre en place un plan d'action et en suivre les effets (133).

Pour la première étape, celle concernant l'identification des risques, les recueils d'accidents et d'incidents déjà survenus dans l'entreprise, les données recueillies par le médecin du travail et/ou le service de santé au travail les plaintes exprimées par les salariés sont quelques-unes des sources d'information à exploiter. Le travail de repérage des situations à risque est l'occasion de réfléchir à un système de remontée d'informations fiables (respect de la confidentialité, encouragement des salariés et de l'encadrement à déclarer les violences, assurance que les déclarations sont suivies de mesures adaptées...).

L'évaluation des risques professionnels (EvRP) constitue une étape cruciale de la démarche de prévention. Les résultats de l'évaluation doivent être transcrits dans un document unique (DUERP).(134) Ce document, qui répertorie l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs, retranscrit les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs mise en œuvre par l'employeur. Il doit en outre « assurer la traçabilité collective de ces expositions » tel que le précise désormais l'article L. 4121-3-1 du Code du travail. Le DUERP et ses versions antérieures sont tenus à la disposition des membres de la délégation du personnel du CSE, du service de prévention et de santé au travail, des agents du système d'inspection du travail, des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale, des inspecteurs de la radioprotection en ce qui concerne les résultats des évaluations liées à l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants, pour les installations et activités dont ils ont respectivement la charge. Depuis le 31 mars 2022, les travailleurs mais également les anciens travailleurs, ont accès au DUERP, dans les versions en vigueur durant leur période d'activité dans l'entreprise. Pour les entreprises de plus de 50 salariés, les résultats de l'évaluation des risques doivent déboucher sur un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT), mentionnant :

- La liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir, les mesures de prévention des effets de l'exposition aux risques professionnels ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution, des indicateurs de résultat et l'estimation de son coût ;

- Les ressources de l'entreprise pouvant être mobilisées ;
- Un calendrier de mise en œuvre (135).

La fiche d'entreprise est un autre document officiel régi par l'article D4624-37 du Code du travail, semblable au document unique d'évaluation des risques professionnels. Elle est établie, rédigée et mise à jour par le médecin de travail dans l'année qui suit l'enregistrement de l'entreprise au service de la médecine du travail. La fiche d'entreprise est réalisée sous la responsabilité du médecin de travail. L'objectif de la fiche d'entreprise est :

- L'évaluation des risques professionnels liés à l'accomplissement du travail par les salariés
- Le recensement des effectifs de tous les travailleurs exposés aux risques
- La préconisation et la mise en œuvre des préventions des risques par l'entreprise

Les deux documents sont utilisés au vu d'identifier les risques professionnels et améliorer de la sécurité et de la santé des salariés (136).

Il convient ensuite pour la deuxième étape, de rechercher les principaux facteurs pouvant contribuer à la survenue d'actes hostiles ou aggraver les répercussions de tels actes. Ces facteurs peuvent être liés au fonctionnement de l'entreprise, à son organisation du travail, ou à son environnement (125).

Les différents types de facteurs, tant organisationnels que personnels, peuvent réduire considérablement la violence au travail subie, tels qu'un environnement de travail sain, un niveau élevé de soutien social de la part des collègues, ou encore la possession d'une stratégie d'adaptation intrinsèque, de ressources d'auto-efficacité et d'adaptation (39).

L'étape suivante consiste à mettre en place un ensemble d'actions ou de mesures sociales, organisationnelles et techniques afin d'agir sur les facteurs de risque identifiés préalablement. On privilégiera les mesures qui visent à intervenir sur les causes des violences (125). Au cours des 15 dernières années, la recherche et le développement d'interventions visant à prévenir et à minimiser les agressions sur le lieu de travail ont connu une augmentation significative. Les interventions visant à prévenir et à minimiser les agressions au travail sont généralement regroupées en trois catégories, chacune ayant une cible spécifique : l'éducation et la formation, les interventions organisationnelles et la conception du lieu de travail (52).

L'éducation et la formation - s'adressent aux travailleurs individuels, en apprenant aux employés à anticiper, identifier et réagir à l'agression sur le lieu de travail, ainsi qu'à développer les connaissances et les compétences dans les approches organisationnelles pour

prévenir, minimiser, gérer et signaler les incidents d'agression (52). L'information et la formation des employés comprend non seulement l'information sur la politique et le processus de réponse aux incidents du milieu de travail, mais aussi, entre autres les notions de civisme et de respect, comment répondre aux clients ou aux membres du public qui sont contrariés ou frustrés; comment désamorcer un conflit, comment réagir à un incident de violence (p. ex. intervention d'urgence, quand communiquer avec le service de sécurité ou la police), se renseigner sur la discrimination, la violence familiale, la diversité et les cultures, comment répondre aux personnes dont les facultés sont affaiblies (137).

Une formation efficace sur la désescalade doit se concentrer sur les améliorations du comportement et de la réaction en cas d'agression, basées sur des compétences cognitives, affectives et pratiques. La conscience de soi et la capacité à établir un lien interpersonnel avec l'agresseur sont cruciales. Price et al (138) ont étudié, dans une revue systématique, les résultats cognitifs et affectifs et l'efficacité de la formation sur la violence. Il existe actuellement peu de preuves que cette formation a un effet sur la désescalade du comportement agressif (139).

Quand un individu ressent une situation de communication verbale comme une agression, les premières réactions qu'il va présenter sont frappées d'un déficit de réflexion et sont propres à chaque personne. Selon Saul Rosenzweig, qui était un psychologue et thérapeute américain qui a étudié des sujets tels que la répression, la psychothérapie et l'agression, il existe neuf possibilités de comportement spontané en forme de défenses adaptatives : chacun de nous privilégie spontanément un ou deux de ces comportements. Ces neuf possibilités de comportement se répartissent en trois familles (140) :

a) Réactions d'attaque, de tentative d'intimidation, d'évitement

Ce premier groupe de réactions fait partie des mises à distances. Elles sont peu efficaces pour désamorcer une situation conflictuelle.

- Attaque- cette réaction consiste à riposter à l'agression par une contre-agression, synonyme d'impulsivité.
- Tentative d'intimidation- cette réaction positionne celui qui réagit de manière dominante par rapport à son agresseur. Dans ces deux types de réaction : aggravation du conflit.
- Evitement- l'agressé fait tout pour ne pas affronter la situation en elle-même.

## b) Réactions de rapprochement

Ces réactions vont davantage donner des chances de désamorcer la situation, il est pertinent de les privilégier.

- Soumission- cette réaction consiste à apaiser l'interlocuteur, en admettant la part de vérité contenue dans l'agression : tenter de retenir les éléments justes qui figurent dans le propos de l'interlocuteur.
- Justification- réaction fréquente, c'est une amorce rapide d'explication : « c'est le règlement ».
- Séduction- l'individu cherche à offrir une posture avenante : sourire, gestes d'apaisement

## c) Réactions d'immobilisation

Ces comportements vont « figer » la situation dans un temps court mais non négligeable.

- Simulation- l'agressé joue, ment.
- Blocage- incapacité de réagir à très court terme.
- Rétraction- la personne attaquée va au-delà de la soumission.

Chacun d'entre nous doit connaître son mode de fonctionnement face à une réaction d'agression. C'est la base de la connaissance de soi qui permet de travailler et de progresser vers un comportement moins risqué en situation conflictuelle (140).

La plupart des études publiées depuis l'année 2010 qui ont examiné des interventions comportementales sous la forme de programmes de formation en classe, en ligne ou hybrides sur les compétences de désescalade, la gestion des personnes violentes ou les techniques d'autodéfense, ont mis en évidence un impact positif de leur intervention sur la fréquence des incidents violents ou sur la préparation du personnel des urgences à faire face à des situations violentes. Cependant, en raison du nombre limité d'études, de l'hétérogénéité des méthodes et de la qualité méthodologique limitée des études, ce résultat devra être vérifié dans les recherches futures (74).

On peut en conclure que des sessions de formation plus longues sont nécessaires pour obtenir un impact positif sur la confiance du personnel. Des effets positifs de courtes sessions de formation (par exemple, un podcast vidéo de 10 minutes) ont été observés pour l'acquisition de connaissances par le biais d'un test (141); cependant, cela n'implique pas que le personnel

puisse également mieux gérer une situation d'agression ou se sentir bien préparé à le faire. En outre, il pourrait être utile de mettre en place des répétitions fréquentes et régulières de la formation. Gillam (142) a recommandé une formation semestrielle, car elle a observé une diminution des événements violents uniquement lorsque davantage de personnel avait été formé au cours des 90 à 150 jours précédents et non pendant des périodes plus longues auparavant. En ce qui concerne la forme de formation, on peut noter que des programmes en ligne ont l'avantage d'être plus flexibles en termes de temps et de rythme. D'autre part, les programmes en classe permettent l'application d'exercices interactifs, qui peuvent rendre l'apprentissage, par exemple, des techniques de désescalade ou d'autodéfense, plus efficace (74).

Les interventions organisationnelles - s'adressent aux organisations et aux communautés. Elles impliquent le développement de programmes, de politiques et de pratiques de travail pour prévenir et minimiser l'agression au travail. Elles peuvent modifier les pratiques de la direction ou des employés (52). Au niveau organisationnel, il est en outre recommandé de veiller à ce que les effectifs soient suffisants et adéquats, d'éviter que le personnel travaille seul, de faire circuler les informations sur les patients, de pratiquer une communication ouverte et d'améliorer les pratiques de travail (74).

Les pratiques de travail concernent la façon dont quelqu'un exécute son travail. Les gens qui ne travaillent pas dans un milieu conventionnel, par exemple les travailleurs autonomes à domicile, les représentants commerciaux, les agents immobiliers et les personnes qui donnent des soins à domicile, peuvent adopter différentes pratiques de travail, comme les suivantes, pour réduire le risque : avoir un plan de travail quotidien pour que les gens sachent où on doit se trouver à des heures données ; désigner une personne-ressource au bureau et une personne de secours ; tenir sa personne-ressource au courant de ses allées et venues et respecter son itinéraire ; vérifier les pièces d'identité de ses clients ; travailler en binôme, surtout lorsqu'on se sent que sa sécurité personnelle est menacée, et ne pas entrer dans une situation ou un endroit où on se sent menacé ou hors de sécurité.

Les pratiques administratives découlent des décisions que le travailleur prend sur la conduite de ses affaires. Par exemple, pour réduire le risque occasionné par la manutention d'argent comptant, il est possible d'adopter des pratiques administratives comme les suivantes : garder aussi peu d'argent que possible dans les caisses, utiliser des systèmes de paiement électronique pour réduire la quantité d'argent en mains, faire les relèves de caisse à des heures différentes, installer et utiliser un coffre-fort de dépôt provisoire, faire dépouiller la caisse régulièrement par une firme de sécurité autorisée, conserver les autres articles de valeur de

façon sûre et sécuritaire, par exemple les armes, les outils, les opiacés et les médicaments (137).

La conception du lieu de travail est orientée vers l'environnement physique de travail et vise à identifier les facteurs de risque physiques et environnementaux de l'agression au travail, et à concevoir le lieu de travail de manière appropriée pour réduire ce risque (52). La conception des lieux de travail traite de facteurs comme l'aménagement, la disposition, l'emploi d'affiches, le verrouillage ou les obstacles physiques, l'éclairage et la surveillance électronique. La sécurité des immeubles est un domaine où les questions de conception sont très importantes. Il faut, par exemple, considérer ce qui suit (137) :

- Placer l'ameublement, l'aire de réception ou le comptoir de vente ou de service pour qu'ils soient visibles des autres employés ou du public.
- Placer le mobilier de manière à ce que l'employé soit plus près de la sortie que le client et qu'il ne puisse pas être coincé.
- Installer des caméras de surveillance dans les espaces publics du lieu de travail, comme les entrées, les stationnements, les salles d'attente, etc.
- Installer des barrières physiques, p. ex. des guichets cloisonnés ou des enceintes à l'épreuve des balles.
- Avoir aussi peu d'entrées que possible donnant accès aux lieux de travail.
- Utiliser des cartes ou des clés codées pour contrôler l'accès à l'immeuble ou à certaines aires.
- Avoir un éclairage extérieur suffisant autour de l'immeuble et près des entrées.
- Placer des clôtures stratégiquement pour contrôler l'accès aux lieux de travail.

Parmi les améliorations environnementales on considère aussi la mise en place d'un programme de lutte contre la violence dans l'environnement immédiat de l'entreprise, travailler avec les associations locales. Par exemple, la politique de tolérance zéro est une campagne politique, répandue dans le monde entier, un point de référence au Royaume-Uni qui comprend plusieurs organisations telles que la British Columbia Occupational Health et National Health Service (143), et aborde la question de la violence à l'encontre des travailleurs de la santé de la part de leurs collègues et des bénéficiaires. Cette campagne fournit au personnel de santé les ressources nécessaires, telles que des cours ou des ateliers et la création de réseaux de soutien au sein de la communauté, et favorise la sensibilisation des patients pour montrer la réalité de cette question. Pour cela, il faut créer une culture de travail

positive où toutes les personnes concernées (travailleurs et patients) se traitent avec respect, en mettant l'accent sur la reconnaissance positive du travail et la résolution des conflits (144). L'application de ce type de politiques peut avoir de grands avantages pour les travailleurs, tels que des réponses plus positives aux situations stressantes. Un autre programme très similaire est le programme ASAP (Assaulted Staff Action Program), qui vise à identifier les patients « à haut risque » (ayant un casier judiciaire ou des rapports antérieurs de niveaux élevés d'agression) et à donner aux travailleurs un avertissement approprié avant la visite. Selon certaines études, il a été démontré que la violence au travail diminuait de manière significative en utilisant cette méthode (144).

Nous pouvons souligner l'importance pour les institutions de promouvoir des recommandations et des politiques susceptibles de développer l'empathie et une culture de travail positive où les personnes concernées se traitent mutuellement avec respect et reconnaissance, et travaillent à prévenir la violence au travail, le stress professionnel et à améliorer la qualité de vie et le bien-être de ses membres (39). De plus, les informations recueillies suggèrent que le soutien des collègues, des superviseurs et de la direction, le soutien informationnel, les compétences politiques, les ressources professionnelles et la confiance en soi pour prévenir et répondre à l'agression modèrent de manière significative l'impact de l'agression psychologique au travail sur les résultats personnels et organisationnels (145).

#### ○ **Prévention secondaire**

La prévention secondaire consiste en apprendre aux salariés à gérer les situations de conflit, accompagner et prendre en charge les victimes, limiter autant que possible les traumatismes consécutifs à une agression (125). Lorsque toutes les mesures de contrôle ne suffisent pas et que la violence survient, beaucoup de gens sont touchés. Face à une telle situation, il est nécessaire d'agir avec diligence. Il est conseillé de (146) :

- Mieux se connaître, utiliser un mode de réaction adapté
- Éviter d'avoir à traiter plusieurs interlocuteurs en même temps. De même pour être disponible, éviter d'avoir à répondre en même temps au téléphone.
- Faire asseoir l'interlocuteur. En effet, un conflit démarre moins facilement et se désamorce plus aisément dans la position assise pour les deux interlocuteurs.

- Offrir l'apparence la plus calme possible. Cela passe par le verbal : garder un ton égal, ne pas accélérer le débit de la parole, bien articuler, ne tenter de faire des silences.
- Également soigner le non verbal. Garder une position neutre, éviter les mouvements amplifiés, agacés. Le regard doit rester concentré sur l'interlocuteur, sans pour autant regarder trop fixement dans les yeux. Éviter les regards fuyants.
- Ne pas interrompre sans cesse son interlocuteur : règle élémentaire de courtoisie, de plus si notre interlocuteur ne termine pas sa phrase, ce que nous en comprendrons sera parasité, et il y a un risque d'interprétation avec pour conséquence de la colère.

Un agresseur potentiel a le choix entre trois possibilités : attaquer, se retirer ou arriver à un compromis. Les salariés peuvent, dans une certaine mesure, par leur attitude, leur comportement et leurs paroles, l'aider à s'orienter vers la seconde ou la troisième option. La maîtrise de méthodes de gestion de conflit peut permettre d'éviter l'escalade et de désamorcer des relations mal engagées (125). Pour sortir d'un conflit, on parvient à offrir une alternative qui permet de déboucher sur un consensus, ou bien l'impasse est telle qu'il faut passer le relais à une autre personne de l'entreprise. Ce passage de relais obéit à des règles simples, il s'agit d'une scène à trois acteurs : le persécuteur joué par la personne qui agresse, un persécuté qui est la personne agressée, et « un sauveur », qui est celui qui vient prendre le relais de l'agressé. Ce sauveur doit impérativement s'adresser d'abord à la personne agressée, c'est à dire son collaborateur, afin de prendre les informations. Il ne doit pas prendre ces informations auprès de l'agresseur, pour des raisons évidentes de management de proximité cohérent. Idéalement, il faudrait que «le sauveur», c'est à dire la personne de l'entreprise qui vient à l'aide du collaborateur agressé s'isole avec le persécuteur pour traiter le problème posé (146).

En cas d'agression, il est également conseillé de prévenir les secours/apporter les premiers secours, prévenir la direction, ne pas laisser un travailleur victime ou témoin d'un acte de violence seul durant les heures suivant l'incident, apporter rapidement une aide médicale et psychologique à la victime et, au besoin à son entourage professionnel. La loi permet à tout salarié de se retirer de toute situation dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé (article L.4131-1 du Code du Travail). Pour que l'exercice du droit de retrait soit possible, le danger à la santé du salarié doit être « grave et imminent ». Pour qu'on puisse parler d'un « danger grave et imminent », il faut que trois conditions soient réunies : il pourrait se produire une situation de fait de nature à

provoquer un dommage à la santé du salarié ou à mettre sa vie en péril ; le dommage à la santé du travailleur aurait des conséquences lourdes ; l'événement dangereux pourrait se produire dans un avenir très proche. Le salarié doit avoir un motif raisonnable de penser que ces trois éléments sont présents. Il s'agit d'une évaluation subjective, l'existence réelle d'une situation de danger grave et imminent n'est pas exigée. Le salarié a intérêt à transmettre rapidement cette information par écrit à son employeur afin d'éviter l'imposition d'une sanction pour abandon du poste du travail qu'il devra contester (130).

Dans les heures et les jours qui suivent, il est recommandé de déclarer l'agression en accident du travail, aider la victime à effectuer les démarches légales et administratives, informer les instances représentatives du personnel, analyser l'agression en interne, réévaluer le risque et si besoin adopter de nouvelles mesures de prévention (125). Afin d'éviter que ces faits ne se reproduisent, l'employeur doit également prendre immédiatement des mesures de suspension conservatoire envers les salariés concernés et mettre à pied à titre conservatoire le salarié fautif qui devra immédiatement quitter l'entreprise dans l'attente d'une sanction disciplinaire ou d'un licenciement pour faute grave. Il est recommandé de convoquer, dans les jours qui suivent les faits, les salariés concernés à un entretien afin de recueillir leurs explications dans un contexte plus apaisé (126).

Certains individus auront donc un rôle à jouer pour assurer un suivi adéquat. Les victimes de l'acte de violence doivent recevoir le soutien nécessaire et des mesures appropriées doivent être mises en place (132). Il est recommandé de mettre en place un débriefing ou un entretien individuel d'écoute avec un professionnel (médecin, psychologue). Une visite avec le médecin du travail est également conseillée. Il peut évaluer la réalité médicale de l'urgence, écouter les difficultés rencontrées, évaluer l'état de santé et le cas échéant la gravité de la situation, peut conseiller le salarié sur les orientations possibles et l'orienter au besoin vers le système de soin. Lorsqu'il constate la présence d'un risque pour la santé des travailleurs, il propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver (article L. 4624-3 du Code du Travail) (130).

Les victimes ou les témoins d'un événement marquant, peuvent présenter des troubles, tels que le psychotraumatisme. Il peut survenir dans les suites d'un accident de la route, d'un accident de travail, d'une agression sexuelle, de faits de guerre, d'attentats. Dans l'environnement de la victime on identifie des facteurs de vulnérabilité, considérés comme facteurs de risque du passage d'un événement traumatique à un syndrome post traumatique : l'existence préalable de troubles anxieux, de troubles de la personnalité, le fait d'être une

femme, d'être jeune, d'avoir un bas niveau socio-économique, d'être peu soutenue dans son environnement personnel, familial ou professionnel, etc. On dispose au niveau national d'un réseau de cellules d'urgence médico-psychologique. Ce sont des unités mobiles qui se déplacent sur le lieu de l'évènement dans les 24 heures. Lorsque survient un événement psycho-traumatisant, l'intervention rapide de médecins psychiatres, de psychologues et d'infirmiers préalablement formés et intégrés aux unités d'aide médicale urgente doit garantir une prise en charge immédiate et post-immédiate satisfaisante des victimes et permettre d'éviter l'installation des troubles de stress post-traumatique. Cette intervention immédiate a pour mission de réduire la charge émotionnelle, la charge anxieuse car c'est elle qui va constituer la charge traumatique (147).

#### ○ **Prévention tertiaire**

La prévention tertiaire se concentre sur la réévaluation du risque, la réalisation des enquêtes pour déterminer les causes de l'incident et, si besoin, adopter de nouvelles mesures de prévention. L'employeur doit mener une enquête et plusieurs personnes au sein du syndicat ont un rôle à jouer. Le but d'une enquête liée à la santé et la sécurité est de découvrir les causes à l'origine d'un incident afin d'éviter que ce dernier ne se reproduise. Les membres de ce comité doivent être impartiaux, déterminer les faits, puis formuler des suggestions quant à la façon d'éviter que l'incident ne se répète. Les personnes formées connaissent les méthodes d'enquêtes et sont en mesure de poser les questions appropriées sans intimider les témoins, les victimes et les agresseurs présumés (132).

En ce qui concerne la victime de la violence sur le lieu de travail en termes de prévention tertiaire, des visites auprès de la médecine du travail peuvent être réalisées, pendant l'arrêt de travail qui suit l'accident, ou bien lors de la reprise :

La visite médicale de pré-reprise est une visite médicale auprès du médecin du travail qui se déroule pendant un arrêt de maladie. Elle a pour objectif de préparer la reprise du travail et d'anticiper la ou les modifications de l'aptitude au travail prévisibles. Ainsi lors de la visite de pré reprise, le médecin du travail réunira les informations médicales qui lui sont nécessaires pour évaluer la situation, identifiera avec le salarié les difficultés au travail prévisibles et les mesures nécessaires pour permettre une reprise du travail. Plusieurs consultations peuvent être nécessaires. La visite de pré-reprise est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de Sécurité

Sociale ou du salarié. En pratique, il appartient au salarié de contacter le service de santé au travail pour demander un rendez-vous pour une visite de pré-reprise du travail (130).

La visite de reprise a pour objet d'apprécier l'aptitude médicale du salarié à reprendre son ancien emploi, ou la nécessité d'une adaptation des conditions de travail. Les propositions d'aménagement de poste ont pour finalité d'améliorer l'adéquation du poste de travail à l'état de santé du salarié. Le médecin du travail est ainsi habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs (130). Le médecin traitant peut prescrire un aménagement du temps de travail lorsqu'il juge que son patient ne peut pas reprendre le travail dans des conditions normales. On parle de :

- Reprise de travail à temps partiel pour motif thérapeutique (TPT) quand elle a lieu à la suite d'une maladie
- Reprise d'un travail aménagé ou à temps partiel quand elle a lieu à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (148).

L'employeur est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

En ce qui concerne les travailleurs non-salariés, ils exercent pour leur propre compte et ne sont pas suivis par un service spécifique de médecine au travail. Cependant, ils ont la possibilité d'obtenir un suivi médical par leur médecin traitant, ou par le biais de la Sécurité Sociale. En échangeant avec le médecin-conseil de l'Assurance Maladie ou le service social de l'Assurance Maladie, ils peuvent envisager différentes solutions de reprise d'activité comme un temps partiel pour motif thérapeutique. Ils ont également la possibilité de contacter le service de l'action sanitaire et sociale qui peut proposer d'accompagner le travailleur indépendant en difficulté en lui ouvrant droit, sous certaines conditions, au bénéfice de différentes aides adaptées à ses besoins, au titre de l'Assurance Maladie (149).

## VI. Diagnostic

L'évaluation de la violence au travail à l'aide de critères et d'indicateurs appropriés est un exercice essentiel pour garantir le succès de l'intervention. Les questions qui se posent sont les suivantes : qui interroger, comment poser les questions et quelles méthodes de collecte il faut utiliser (Tableau 1). Il existe des nombreux avantages et inconvénients à chacune des méthodes. Les deux principales méthodes d'investigation en matière de violence au travail sont l'entretien individuel et le questionnaire auto administré (150).

Méthode	Avantages	Inconvénients
<b>Entrevue individuelle</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Flexible : ajustements possibles</li> <li>2. Centrée sur l'interviewée</li> <li>3. Source de données riches</li> <li>4. Favorise la reconnaissance et la confiance</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peut être coûteuse</li> <li>2. Problèmes d'annotation et d'interprétation</li> <li>3. Préjugés et intérêts potentiels de l'intervieweur</li> <li>4. Préjugés et intérêts potentiels du répondant</li> </ol>
<b>Entrevue de groupe</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Économique en temps</li> <li>2. Flexible : ajustements possibles</li> <li>3. Synergie de groupe</li> <li>4. Établissement d'une relation</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peut-être coûteux pour l'organisation</li> <li>2. Tendance à la conformité</li> <li>3. Potentiels de pensée de groupe</li> <li>4. Problèmes d'interprétation</li> </ol>
<b>Questionnaires</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Résultats quantifiables</li> <li>2. Questions standardisées</li> <li>3. Nombre élevé de répondants</li> <li>4. Relativement peu coûteux</li> <li>5. Anonymat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problèmes d'échantillonnage</li> <li>2. Information limitée et non nuancée</li> <li>3. Taux de réponse peut être limité</li> <li>4. Absence de contacts</li> </ol>
<b>Grille d'observation</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Flexible : peut-être adaptée</li> <li>2. Données difficilement accessibles par d'autres moyens</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Préjugés et intérêts potentiels de la part de l'observateur</li> <li>2. Quantité d'informations peut être difficile à gérer</li> <li>3. Nécessite de bons outils d'observation</li> <li>4. Coûteuse en temps</li> <li>5. Influence sur les observés due à la présence de l'observateur</li> </ol>
<b>Analyse documentaire</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pas de biais dans les données</li> <li>2. Flexible : permet une ouverture</li> <li>3. Accès à des données précises</li> <li>4. Peu coûteuse</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perte de temps potentielle</li> <li>2. Démarche souvent fastidieuse</li> <li>3. Besoin d'aide pour interpréter information</li> <li>4. Autorisations peuvent être difficiles à obtenir</li> </ol>

Tableau 1. Comparaison de méthodes de collecte des données (Source : François Courcy et al, *Violences au travail*)

**Les questionnaires** permettent d'évaluer un grand nombre de personnes, et c'est une méthode peu coûteuse, et ils ont l'avantage de quantifier les réponses des participants et d'établir des comparaisons, mais imposent un cadre relativement rigide de prise d'informations (150). Le plus ancien et le plus complet est celui de Heinz Leymann (1996) : Leymann Inventory of Psychological terror (cf Annexe 1). Leymann a listé 45 items correspondant à des situations de violence classés en cinq rubriques : pour empêcher la victime de s'exprimer, pour isoler la victime, pour déconsidérer la victime auprès de ses collègues, pour discréditer la victime dans son travail, pour compromettre la santé de la victime (151). Quatre autres questionnaires pour mesurer la violence psychologique ont été développés dans les années 1990, et quatorze dans les années 2000 (cf. Annexe 2) (152). Huit instruments ont été développés à l'origine pour mesurer le harcèlement moral au travail chez les infirmières diplômées et trois pour les autres professionnels de la santé. Les autres ont été développés à l'origine pour les travailleurs en général et appliqués aux professionnels de la santé par la suite. La violence psychologique a été décrite de diverses manières, faisant référence à des attitudes ou des comportements négatifs utilisant des gestes physiques ou des expressions verbales. Le fait que la plupart des instruments aient été développés dans les années 2000 montre indirectement une préoccupation croissante concernant le harcèlement moral au travail ces dernières années (152).

**L'entretien individuel** permet d'accéder à des informations privilégiées en toute confidentialité. Les participants se sentent également entendus avec cette méthode et la perçoivent comme une forme de reconnaissance de l'importance de leur opinion. La méthode de l'entretien individuel n'est pas toujours possible pour des raisons financières, de disponibilité des répondants ou de nombre de personnes à interviewer. Elle pourra toutefois l'être pour quelques répondants bien ciblés ou pour quelques champs d'investigation très précis (150).

**L'entretien de groupe** est rarement utilisé en matière de violence au travail, car peu de personnes arrivent à partager des informations délicates avec six ou sept autres collègues. Toutefois, quand il s'agit d'explorer les causes expliquant la violence au travail ou de discuter des solutions possibles, cette méthode pourrait créer un consensus à propos de principaux problèmes et la manière de les résoudre (150).

La **grille d'observation** est rarement utilisée lors du diagnostic d'une situation de violence, car la présence d'un consultant externe dans le milieu de travail diminue de façon significative la fréquence et la gravité des gestes posés. En plus, dès que les mots « intervention sur la violence au travail » sont lancés, chacun surveille de près sa conduite personnelle. La combinaison des méthodes diagnostiques apparaît aujourd'hui comme la meilleure approche dans la plupart des cas (150).

# **Revue systématique de la littérature**

## **I. Objectif**

Avec l'augmentation de l'incidence de la violence dans le monde, la violence au travail est devenue une réalité pour toutes sortes de travailleurs sur différents types de lieux de travail. La violence sur le lieu de travail est principalement rencontrée dans les professions où les employés ont un contact direct et inévitable avec des personnes en détresse. Comme les soins de santé impliquent souvent la prise en charge des personnes ayant des problèmes de santé physique ou mentale, les incidents de violence au travail sont très répandus (38,51). L'Association Médicale Mondiale a récemment défini la violence à l'encontre du personnel de santé comme « une urgence internationale qui sape les fondements mêmes des systèmes de santé et a un impact critique sur la santé des patients » (153). Même si plusieurs études ont porté sur la violence à l'égard du personnel de santé dans le monde, à ce jour, il n'existe pas de compréhension complète des facteurs d'incidence ni de recommandations spécifiques sur la manière de résoudre le problème de la violence, renforçant l'importance de mieux comprendre ses causes et ses mécanismes.

Notre objectif était donc, de conduire une revue actualisée de la littérature à partir des études originales, traitant la violence dans le milieu professionnel (les types et la prévalence de la violence envers les travailleurs, les caractéristiques des victimes et agresseurs, les facteurs contribuant à la violence au travail, les conséquences, et les moyens de prévention) et de faire un focus sur les travailleurs de la santé, afin de caractériser ce phénomène de manière plus précise.

## **II. Méthode**

### **1. Protocole**

La méthode a suivi les recommandations PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis). La méthodologie PRISMA, publiée en 2009 et actualisée en 2020, a été conçue pour aider les auteurs des revues systématiques à communiquer de manière transparente les raisons pour lesquelles l'étude a été effectuée, ce que les auteurs ont fait et ce qu'ils ont trouvé. (154) Elle est composée d'un diagramme de flux en quatre phases et une liste de contrôle en 27 points. Le diagramme de flux décrit l'identification, la sélection,

l'éligibilité et les critères d'inclusion des rapports qui entrent dans le champ d'application d'une revue. La liste de contrôle comprend une liste de recommandations en 27 points sur des sujets tels que le titre, le résumé, l'introduction, les méthodes, les résultats, la discussion et le financement (155).

Ces normes sont approuvées par des journaux scientifiques. Parmi les avantages de l'utilisation de PRISMA on note : permet de démontrer la qualité de la revue, permet la reproductibilité des résultats, permet aux lecteurs d'évaluer les forces et les faiblesses (156).

## 2. Stratégie de recherche

Une revue systématique a été menée à partir des bases de données de Web of Science Core Collection et PubMed. Les articles devraient être publiés entre janvier 2010 et août 2022. La stratégie de recherche de la littérature a été basée sur la recherche par MeSH Terms. Deux équations de recherche ont été utilisées, une équation générale sur la violence en milieu professionnel et une autre qui se concentre sur les travailleurs de la santé :

a) Equation focus sur les soignants :

```
((“aggression”) OR (“harassment”) OR (“bullying”) OR (“assault”) OR (“abuse”) OR (“violence”) OR (“assaultive behavior”)) AND (“workplace violence”) AND ((“health care provider*”) OR (“health personnel”) OR (“health care worker*”) OR (“medical staff”) OR (“medical worker*”) OR (“healthcare professional*”)))
```

b) Equation générale:

```
((“aggression”) OR (“harassment”) OR (“bullying”) OR (“assault”) OR (“abuse”) OR (“violence”) OR (“assaultive behavior”)) AND (“workplace violence”))
```

### **3. Critères d'éligibilité**

Les articles publiés en anglais à partir de 2010 jusqu'en 2022 concernant les personnes qui ont été exposées à toute forme de violence en milieu professionnel et/ou dans le milieu hospitalier ont été éligibles.

Les critères d'exclusion prédéfinis étaient :

- Pas de données chez l'humain
- Pas d'articles originaux
- Articles sur la violence domestique
- Absence d'article complet
- Non-respect des critères d'inclusion

### **4. Sélection des études**

La recherche documentaire a permis d'identifier de nombreuses références bibliographiques. Après avoir appliqué les critères d'inclusion et avoir éliminé les doublons, une première sélection sur les titres et les abstracts a été menée par deux évaluateurs afin de conserver les études qui potentiellement pouvaient répondre à la question de recherche. La dernière étape de la sélection a été la lecture des articles en entier. Les études sélectionnées rapportent la prévalence de la violence dans le milieu de travail chez l'humain dans le monde, les formes de violence rencontrées, les facteurs de risque, les caractéristiques des victimes et agresseurs, les conséquences pour les travailleurs et les moyens de prévention.

### **5. Extraction des données**

Les données extraites des articles comprenaient : le nom du premier auteur, l'année et le journal de publication, le pays, la méthodologie de l'étude, la population étudiée, le secteur de travail, les caractéristiques de la population étudiée (âge, genre), les types et la prévalence de la violence rencontrés, selon la nature/source de la violence, l'instrument et l'échelle de mesure utilisés.

### **6. Evaluation de la qualité des études**

La qualité méthodologique de tous les articles sélectionnés a été analysée. L'outil utilisé était le « British Sociological Association (BSA) Medical Sociology Group » (157) pour les

articles conçus selon une méthodologie transversale (cf. Annexe 3). Deux tableaux ont été créés, présentant les résultats synthétiques de l'évaluation de la qualité des articles selon le BSA. Les scores évoluent entre 4 et 6 sur les 7 points possibles (cf. Annexe 4, 5).

## **7. Synthèse des données**

Les données recueillies après la lecture des articles éligibles ont été synthétisées dans un résumé narratif. Le thème a été scindé en 11 sous parties pour les travailleurs de la santé, et 5 sous parties pour les non-soignants, en une synthèse reprenant les notions clés rédigée pour chacune.

## **III. Résultats**

### **1. Résultats de la stratégie de recherche**

#### **Equation focus sur les soignants (Figure 2)**

Un total de 3351 articles a été trouvé à partir des bases de données, et 1 article à travers d'autres sources. Après avoir appliqué les critères d'inclusion, 2390 articles ont été retirés automatiquement, et 65 doublons ont été exclus. Sur les 897 articles, 238 ont été sélectionnés sur le titre et 127 ont été retirés après la lecture de l'abstract. 111 articles ont été lus dans leur intégralité. Sur ces 111 articles, 12 n'étaient pas disponibles, et 69 articles ne répondaient pas aux critères d'inclusion (il s'agissait des rapports, des revues, des méta-analyses, des lettres, d'une étude pilote, d'un protocole, la période de recrutement était avant 2010). Ainsi, au total, 25 études ont été finalement intégrées dans cette revue de littérature.

#### **Equation générale (Figure 3)**

Un total de 7796 articles a été trouvé à partir des bases de données. Après avoir appliqué les critères d'inclusion, 5798 articles ont été retirés automatiquement, et 215 doublons ont été exclus. Sur les 1783 articles, 528 ont été sélectionnés sur le titre et 512 ont été retirés après la lecture de l'abstract (les articles concernaient les travailleurs de la santé). 16 articles ont été lus dans leur intégralité. 7 articles ont été exclus (3 études n'ont pas fourni de données sur la prévalence de la violence au travail, pour 2 études la période de recrutement était avant 2010, et 2 articles n'étaient pas disponibles). 9 études ont été incluses dans la revue.

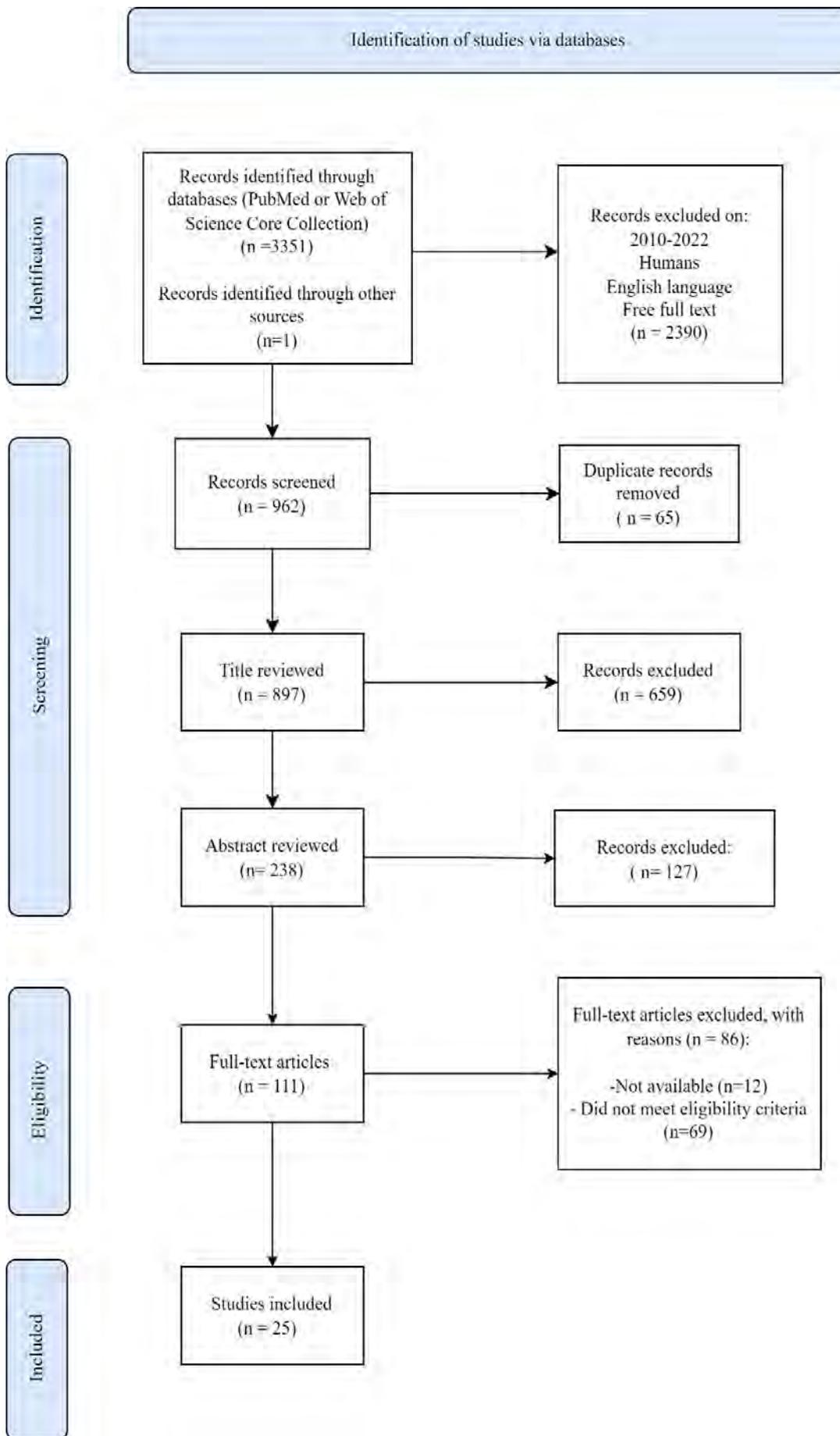


Figure 2. Flow chart de stratégie de recherche (soignants)

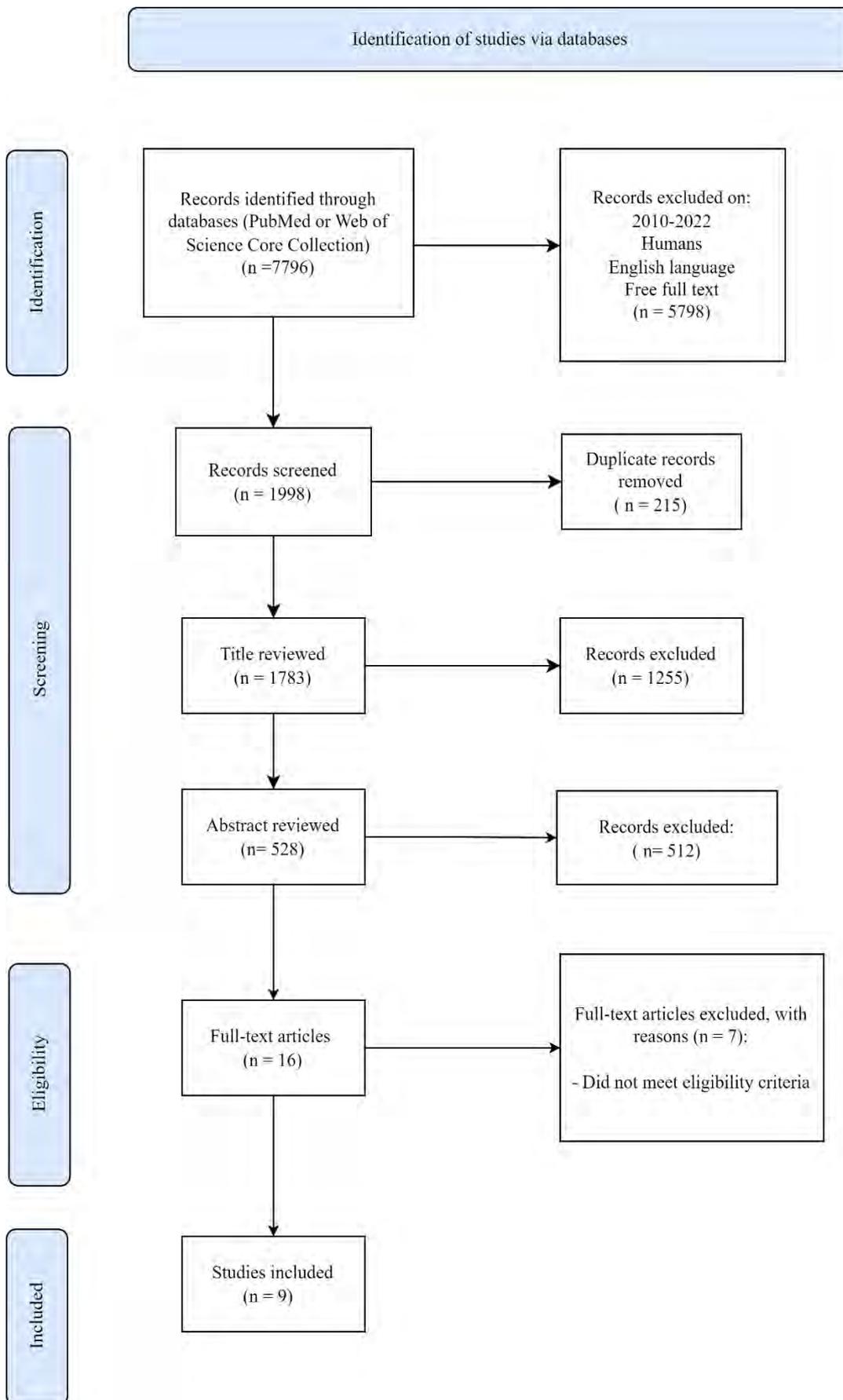


Figure 3. Flow chart de stratégie de recherche (équation générale)

## **2. Caractéristiques des études (soignants)**

Toutes les vingt-cinq études retenues sont de type transversal. Trois études sont chinoises (158–160) deux études sont allemandes (161,162), deux études sont américaines (163,164), deux études sont espagnoles (165,166) et deux italiennes (167,168). Les autres articles sont originaires de Turquie (169), Palestine (170), Australie (171), Royaume-Uni (172), France (173), Liban (174), Ethiopie (175), Ghana (176), Grèce (177), Inde (178), Japon (179), Egypte (180), Canada (181), et Suisse (182).

Le nombre de participants inclus dans ces vingt-cinq études est au total de 32.554 personnes, avec un minimum de 66 participants (173) jusqu'à 9449 participants (171). Vingt-quatre études ont intégré des personnes de sexe masculin et de sexe féminin. Vingt articles sur les vingt-quatre ont inclus des pourcentages plus élevés de femmes. Dans seulement quatre articles prédominait le sexe masculin : 54.8% (169) , 57.2% (171), 54.05% (158), 61% (178). Une étude n'a pas apporté d'élément de précision par rapport au genre de la population de l'échantillon examiné (182).

Les métiers de la santé qui ont été inclus dans les études sont les infirmiers, les médecins, les ambulanciers, les aides-soignants, les pharmaciens, les sage-femmes. 60% de ces études avaient comme objectif d'enquêter sur plusieurs catégories de professionnels de santé. Sept études ont intégré exclusivement des infirmiers, (166,174–177,179,181) et trois études ont intégré exclusivement des médecins (158,171,178). Trois articles ont inclus des faibles pourcentages de personnel non-soignant parmi les travailleurs (160,169,182). La profession d'infirmier est celle qui est la plus souvent étudiée, et qui est rencontrée dans vingt-deux articles, suivie par celle de médecin qui est rencontrée dans quatorze articles.

Les études ont inclus plusieurs types d'établissements de santé : des centres hospitaliers ou cliniques regroupant diverses spécialités médico-chirurgicales, des maisons de santé (158), des maisons de retraite (161), des structures pour personnes handicapées (161,162). Il y a eu des études qui ont concentré leurs recherches sur un service particulier : trois d'entre elles ont été réalisées dans le cadre des services d'urgences (163,169,180), une étude dans le cadre des services de psychiatrie (165). Dans six études le type d'établissement ou la spécialité ne sont pas décrites (168,171,174,179,181,182).

Dans la plupart des articles, des questionnaires ont été utilisés comme instruments pour évaluer la violence sur le lieu de travail, sur une période de douze mois. Dans trois études les

mesures ont été faites sur une période de six mois (163,175,177) et dans une étude les mesures ont été faites sur une période d'un mois (172). Une seule étude a utilisé des certificats de coups et blessures (173).

### ***Types et prévalence de la violence selon la nature***

Les auteurs ont exploré différemment les types de violence rencontrée dans le milieu professionnel. Dans 28% des cas, ils ont différencié la violence entre physique et verbale (158,161,167,171,172,174,180). D'autres auteurs ont reparti les types de violence entre physique, verbale et harcèlement sexuel (163,169,170,175,179). La violence physique est le type le plus exploré (21 études) avec un taux de prévalence pouvant aller de 1% (182) jusqu'à 99.4% (165). Dans l'étude de Hérin et al (173), la violence physique est le seul type de violence analysé. La violence verbale est décrite dans 17 études, et c'est le type de violence qui prédomine dans 94% des cas. Le taux minimum est de 7% dans une étude suisse (182), et le maximum rencontré est de 94.1% en Allemagne (162). Le harcèlement sexuel (162,163,168–170,175,176,179,181,182) va de 1-2% (168,170,179,182) et peut aller jusqu'à 15.9% dans une étude faite sur les travailleurs des urgences en Turquie (169).

Neuf études mentionnent la violence psychologique (159,160,162,165,168,177,178,181,182) parmi les types décrits. Dans l'étude de Karatza et al (177), la violence psychologique est le seul type de violence analysé. Les valeurs concernant la prévalence vont de 10% (182) jusqu'à 98% dans une étude espagnole (165).

Deux autres auteurs ont analysé la discrimination parmi les types de violence rencontrés (168,182), avec des valeurs de 2% (168) et de 23% dans l'étude suisse (182), où ce type de violence est celui qui prédomine. La forme de discrimination la plus fréquemment signalée dans cette étude est celle liée à l'âge (5%), suivie de la discrimination liée au sexe (4%), à la nationalité, à l'origine ethnique ou à la couleur de la peau (3%) et au handicap (moins de 1%). Chez les médecins et autres membres du personnel académique, la discrimination due au sexe était la forme la plus répandue (8%) (182). Une seule étude ne décrit pas les formes de violence rencontrées selon la nature (166).

### ***Types et prévalence de la violence selon la source***

La violence externe a été décrite dans quinze études, pouvant être de la part des patients ou de leurs familles. Dans 60% de ces études, les patients sont identifiés comme les auteurs les plus fréquents (162–164,167,169,171–173,179). La violence interne a été explorée dans treize études, soit en général (162,167,170–173,180), soit elle a été répartie en violence

horizontale/latérale et violence verticale (164,179), soit elle a été classée par rapport à la catégorie professionnelle à laquelle la source faisait partie (169,174,176). Les taux de prévalence sont inférieurs par rapport à la violence externe dans toutes les études. Dans l'étude de Pina et al (166), seulement la violence interne horizontale est analysée. Il a été possible d'observer qu'un minimum de 59,2% infirmiers a été exposé à la violence d'un collègue de travail au moins une fois au cours de l'année écoulée. Plus précisément, 51% de l'échantillon a été exposé à une violence latérale de nature personnelle (par exemple, « Certains collègues répandent de fausses rumeurs à mon sujet »), 37,3% de nature sociale (par exemple, « Certains collègues ont cessé de me parler »), et 21,3% liée au travail (par exemple, « Certains collègues m'accusent délibérément des erreurs des autres »). Neuf études n'ont pas décrit le type de violence selon la source.

### ***Violence par départements médicaux***

Il a été constaté que la violence physique avait une prévalence élevée dans les services d'urgence (165,173,175), dans les unités psychiatriques (165,167,173) et la violence psychologique prédominait dans les services de soins gériatriques (162,167). Selon Fute et al (175), la probabilité de violence à l'égard des infirmières était environ quatre fois plus élevée dans les services d'urgence que dans les services de consultation externe. De même, la probabilité de violence au travail était deux fois plus élevée chez les infirmières travaillant dans les services d'hospitalisation que dans les services de consultation externe. Les médecins des départements de gynécologie/obstétrique/pédiatrie ont été exposés à une fréquence de violence plus élevée que ceux des autres départements (158,178).

### ***Violence par catégorie professionnelle***

La profession d'infirmier est sans doute la plus touchée par toutes les formes de violence, et cela est décrit dans plusieurs études (161,163,167,173,180,182). Dans une seule étude, les médecins ont principalement déclaré avoir été exposés à la violence à la violence physique et psychique (160).

### ***Associations entre l'exposition à la violence et les caractéristiques des victimes***

- Genre

En ce qui concerne le genre des personnes touchées, les hommes ont déclaré avoir été exposés à la violence physique plus fréquemment que les femmes (165,169,170,180). Cependant, les femmes sont les plus touchées si on parle de harcèlement sexuel (163,176). La

violence verbale est décrite dans certaines études comme la plus expérimentée par les personnes de sexe féminin (60,9 %) dans l'étude de Farouk et al (180), et dans d'autres études les femmes sont moins touchées par les agressions verbales que les hommes (162).

- Âge

En ce qui concerne l'âge, une des études montre que les infirmiers relativement jeunes (<34 ans) étaient plus susceptibles d'avoir été exposés à la violence verbale (174). Dans une autre étude, le risque d'être victime de violence était environ deux fois plus élevé chez les infirmiers âgés de 26 à 35 ans que chez ceux âgés de 36 à 52 ans (175). L'âge s'est également avéré être significativement associé au fait d'être victime de harcèlement sexuel sur le lieu de travail. Les personnes appartenant à la tranche d'âge la plus jeune (21-30 ans), constituant plus de 80 % des infirmiers, étaient plus victimes d'un harcèlement sexuel sur le lieu de travail que les plus âgés (176). Plus l'âge augmente, plus la prévalence de toute forme de violence au travail diminue. Les jeunes infirmiers, en particulier ceux âgés de 21 à 34 ans, étaient plus susceptibles de subir de la violence que leurs homologues plus âgés (179). Les médecins les plus jeunes étaient également les plus susceptibles de déclarer des violences physiques (178). Concernant la discrimination raciale, La Torre et al (168), montrent que le groupe d'âge le plus touché est celui des 30 à 34 ans. Pour la tranche d'âge des plus de 50 ans, on observe une diminution substantielle des personnes ayant subi un harcèlement racial.

- Statut marital

En ce qui concerne l'état civil, Llor-Esteban et al (165), ont révélé des différences statistiquement significatives entre les groupes de célibataires, de personnes mariées et de personnes divorcées ou veuves. Leur analyse a montré que les professionnels célibataires étaient exposés à des niveaux plus importants de violence psychologique par rapport aux deux autres groupes. De même, l'état civil des participants était aussi significativement associé au fait d'être harcelé sur le lieu de travail. Les infirmières qui n'étaient pas mariées ont subi plus de harcèlement sexuel (75%) que celles qui étaient mariées (25%) (176). Les infirmières célibataires étaient également plus susceptibles d'avoir été exposées à la violence verbale que les infirmières mariées (174). Cependant, dans d'autres études, les personnes mariées sont celles avec les taux les plus élevés de violence verbale (50,5%) (180) et celles qui ont déclaré avoir subi plus d'incidents de violence physique (73,9%) (159).

- **Expérience professionnelle**

En ce qui concerne l'expérience professionnelle, toutes les études qui ont analysé cette caractéristique confirment que les travailleurs moins expérimentés sont plus susceptibles d'être exposés à la violence sur le lieu de travail. Les répondants qui avaient moins de 10 ans d'expérience ont signalé un pourcentage significativement plus élevé d'incidents violents, tant physiques que non-physiques, par rapport aux répondants qui avaient plus d'années d'expérience (170). Les infirmiers les moins expérimentés (moins de 5 ans d'expérience), ont déclaré le taux le plus élevé d'exposition, 4-9 épisodes au cours des 12 derniers mois (174).

Les résultats indiquent également que la violence verbale au travail diminue progressivement avec la position dans l'échelle professionnelle. Les infirmiers occupant des postes et/ou des rangs plus élevés ont signalé des taux de violence verbale plus faibles (176). En ce qui concerne la motivation professionnelle initiale, les médecins enthousiastes pour pratiquer ce métier présentaient le risque le plus faible, tandis que ceux qui travaillaient uniquement pour gagner leur vie présentaient le risque le plus élevé (158).

### ***Caractéristiques de l'agresseur***

En ce qui concerne les agresseurs, les patients sont identifiés comme les auteurs les plus fréquents (162–164,167,169,171–173,179). Seulement trois études ont exploré cet aspect en détail : Dans Kitaneh et al (170), les répondants ont décrit les auteurs de violence physique comme étant principalement des hommes (76%), âgés de moins de 36 ans, non affaiblis (58%) ou affaiblis par une maladie ou des médicaments prescrits (38%). En comparaison, pour la violence psychologique, les auteurs étaient principalement des femmes (63,6%), d'un âge plus avancé (36-60 ans), non affaiblis (53,8%). Ferri et al (167), ont constaté que la violence physique était le fait de patients de sexe masculin atteints de maladies psychiatriques et/ou d'altération cognitive et/ou conditionnés par des drogues ou des substances abusives. Les hommes étaient responsables des agressions physiques dans 63.6% des cas dans l'étude de Hérin et al (173).

### ***Facteurs contribuant à la violence***

Dix études ont analysé cet aspect. Une étude sur la violence en milieu professionnel expérimentée par les médecins (171), a trouvé que pour chaque unité d'augmentation du nombre d'heures travaillées au cours de la semaine habituelle la plus récente (à l'exclusion du travail de garde), on observe une augmentation de 1 à 2 % de la probabilité d'être victime

d'une agression. De même, lorsque les cliniciens étaient d'accord avec l'affirmation « Les horaires de travail sont imprévisibles », la probabilité de subir une agression sur le lieu de travail augmentait de 17 à 60 %. Dans l'étude de Lepping et al (172), le pourcentage de temps que le personnel passe avec les patients de manière indépendante est positivement corrélé avec le nombre des incidents, ce qui signifie que l'incidence globale de la violence est plus élevée parmi le personnel à temps plein. Alameddine et al (174) ont trouvé que les infirmiers travaillant par rotation, étaient plus susceptibles de déclarer avoir été exposés à la violence verbale que ceux travaillant uniquement de jour ou de nuit. Concernant le moment des agressions, cinq études confirment le fait que la plupart des incidents se sont produits dans l'équipe du soir ou l'équipe de nuit (158,169,170,175,180). Les répondants ont identifié plusieurs instigateurs de la violence : les membres de la famille et les amis traumatisés, les attentes irréalistes ou non-satisfaites des patients, les longues périodes d'attente, les retards dans la fourniture des soins médicaux, le non-respect des horaires de visite et le mécontentement des patients vis-à-vis du personnel infirmier. Le temps d'attente et les attentes du patient et de la famille étaient les plus rapportés (178,180).

### ***Gestion de la violence et déclaration des incidents***

Sur les vingt-cinq études incluses dans cette revue, sept d'entre elles ont analysé si les agressions produites avaient été signalées ou non (161,162,169,170,174,176,179). Dans quatre études, le nombre de victimes qui ont signalé l'incident aux supérieurs hiérarchiques était plus faible que ceux qui n'ont pas rapporté l'incident. (169,170,176,179). D'après Talas et al (169), « ne rien faire et garder le silence » était la méthode d'adaptation la plus commune parmi les participants. Dans d'autres études, les participants ont géré les agressions en se confiant à des collègues (174,176,179), en confrontant les auteurs (179), en demandant à l'agresseur de changer de comportement ou de s'éloigner (162). En ce qui concerne les raisons pour lesquelles les victimes n'ont pas signalé l'incident, certaines étaient d'avis que ce n'était pas important, considéraient que ça faisait partie du travail, avaient honte, pensaient qu'aucune mesure ne serait prise si elles le signalaient, ou ne savaient pas à qui s'adresser (170,176).

### ***Conséquences***

Douze études ont décrit l'impact de la violence sur les victimes (159,161,162,170,172–174,176,178,179,181,182). Les répondants ont fait état de diverses conséquences de leur exposition à la violence, et principalement des troubles de la santé mentale

(159,161,170,179,181,182), comme l'anxiété (161) ou la dépression (170). D'après Shi L. et al (159), 103 sur 368 victimes (28,0 %) remplissaient les critères complets d'un diagnostic de trouble du stress post-traumatique et 21,2 % des victimes étaient à risque de développer un TSPT, selon les critères du DSM-IV. L'étude de Boafu et al (176) a trouvé que plus d'un tiers (33 %) des infirmières avaient des souvenirs et des pensées troublants répétés concernant un incident de harcèlement sexuel. Une autre étude (181), a révélé que les infirmiers ayant été exposés à la fois directement et indirectement à la violence au travail, ou seulement directement, avaient deux à quatre fois plus de chances de déclarer des résultats défavorables en matière de santé mentale. La colère ou la rage ont été signalées par la plupart des personnes ayant indiqué des réactions émotionnelles, suivies par des sentiments d'insécurité, ou de frustration (161,170). D'autres conséquences indiquées par les participants sont les troubles du sommeil (174,182), la fatigue (170), les problèmes d'appétit, ou des difficultés dans les relations familiales (174). Dans l'étude de Kumar et al (178), les trois quarts (75,8%) des médecins interrogés ont admis que toute forme de violence pendant les heures de travail affectait leur état d'esprit, ce qui avait un impact sur leurs études, leurs fonctions et leur vie personnelle. 31,7 % des participants de l'étude de Alameddine et al (174) ont exprimé leur intention de quitter leur emploi.

### ***Prévention***

En ce qui concerne les stratégies de prévention, seulement six études ont analysé cet aspect (161,162,169–171,178). Dans quatre études, la plupart des répondants ont indiqué que les hôpitaux n'avaient pas de politique/procédure spécifique ou de programmes de formation contre la violence au travail, ou qu'ils n'étaient pas au courant de l'existence de telle politique (161,169,170,178). Dans une autre étude, les établissements proposaient principalement des évaluations de cas et des supervisions (58,5%) (162). Concernant l'environnement de travail, d'après Hills et al<sup>132</sup>, la présence signalée d'un éclairage, de niveaux sonores, d'un confort et de temps d'attente optimisés dans les salles d'attente pour les patients et le public était systématiquement associée négativement (OR 0,81-0,86) aux agressions de la part des patients et de leurs proches ou soignants, et aux agressions verbales ou écrites de la part des collègues.

Dans l'étude de Kumar et al (178), les participants ont été demandés quel type de mesures pouvaient être prises pour prévenir les incidents. Parmi les mesures suggérées, l'augmentation de la sécurité et l'augmentation du personnel/des médecins ont été suggérées par 61 (40,4%)

et 31 (20,5%) médecins respectivement. Quinze (10%) d'entre eux ont suggéré de limiter les heures de visite des proches des patients. L'amélioration de la communication, le respect des procédures opérationnelles standard, une gestion vigilante et une infrastructure adéquate ont été suggérés par 6 (4%) participants chacun. La politique « un patient, un soignant », la surveillance stricte du personnel de sécurité avant, pendant et après l'attaque, qui aide les résidents à se sentir plus en sécurité sur leur lieu de travail, le fait de ne pas laisser les jeunes médecins seuls et la formation du personnel de sécurité sont d'autres suggestions faites par les répondants pour prévenir les incidents de violence contre les médecins.

Tableau 2. Caractéristiques des études (soignants)

Article	Méthodologie de l'étude	Population	Secteur de la santé	Caractéristiques de la population étudiée (âge, genre)	Type et prévalence de la violence selon la nature	Type de violence selon la source	Instrument	Echelle de mesure
Franz S. <i>et al</i> , 2010, Allemagne, BMC Health Serv Res (161)	Etude transversale	123 employés (74.8% inf, 25.2% autre)	EHPAD (25.2%) Clinique psychiatrique (49.6%) Institution pour personnes handicapées (25.2%)	35.8% hommes 64.2% femmes tranche d'âge < 29 - >50 ans	Physique (70.7%) Verbale (89.4%)	Externe (non décrit)	Echelle d'observation du personnel révisée (SOAS-R) (Nijman 1999)	≥ 1 fois/ 12 mois
Gates D. <i>et al</i> , 2011, Etats-Unis, Adv Emerg Nurs J. (163)	Etude transversale	213 employés (20% méd, 55% inf, 6% amb, 19% autre)	Urgences	29% hommes 71% femmes tranche d'âge-non décrite	Physique (48% patients, 2% accompagnants) Verbale (98% patients, 88% accompagnants) Harcèlement sexuel (47% patients, 20% accompagnants)		Violent Experiences Questionnaire, Safety Scale, Confidence Scale (Gates 2006)	≥ 1 fois/ 6 mois
Talas M. <i>et al</i> , 2011, Turquie, Asian Nurs Res (169)	Etude transversale	270 employés (27% méd, 22.6% inf, 11.9% agents de sécurité, 12.2% agents d'entretien, 26,3% autre)	Urgences	54.8% hommes 45.2% femmes tranche d'âge 18-49 ans	Physique 41.1% (56.7% patients, 90.9% acc, 5.4% méd, 4.5% inf) Verbale 79.6% (64.2% patients, 98.8% acc, 13.5% méd, 6% inf) Harcèlement sexuel 15.9% (81.4% patients, 100% acc, 13.9% méd, 13.9% inf)		Questionnaire 36-item (Arnetz, 2001, Kowalenko et al., 2005)	≥ 1 fois/ 12 mois
Kitaneh M. <i>et al</i> , 2012, Palestine, BMC Health Serv Res (170)	Etude transversale	240 (34.2 % méd, 65.8% inf)	Médical/chirurgical (21.7%), urgences (20.4%), pédiatrie (10.8%), soins intensifs (9.2%), dialyse (10%), salle d'opération/réveil (5.8%), autre (22,1%)	40.8% hommes 59.2% femmes tranche d'âge ≤ 30 - 60 ans	Physique (20.8%) Verbale (57.9%) Harcèlement sexuel (1.7%)	Externe (20% patients, 55% accompagnants) Interne (25%)	Workplace Violence Scale OMS, BIT, CNI (Geneva 2002)	≥ 1 fois/ 12 mois

Hills D. <i>et al</i> , 2013, Australie, Annals of Occup Hyg (171)	Etude transversale	9449 médecins (37.2% MG, 41% spécialistes, 12.4% non-spé hospitaliers, 9.4% internes)	Non décrit	57.2 % hommes 42.1 % femmes tranche d'âge 23–91 ans	Physique (27.6% patients, 18.6% acc, 6.9% collègues) Verbale (57.1% patients, 48.3% acc, 26% collègues)	Ordinal response scale (Hills et al., 2012)	≥ 1 fois/ 12 mois
Lepping P. <i>et al</i> , 2013, Royaume-Uni, Clin Med (Lond) (172)	Etude transversale	158 employés (75 inf, 8 méd, 75 autre)	Services de gastro-entérologie et gériatrie	12 hommes 144 femmes 2 non précisés tranche d'âge 18–64 ans	Physique (68%) Verbale (83%)	Externe (patients -107 incidents, accompagnants-36 inc) Interne (13 inc)	Survey of Violence Experienced by Staff (SOVES) ≥ 1 fois/ 4 semaines
Hérin F. <i>et al</i> , 2014, France, La Revue de Méd Légale (173)	Etude transversale	66 employés (28.6 % inf, 14.3% méd, 26.9% AS, 9.5% amb, 6.3% pharm, 14.4% autre)	Millieu hospitalier (75.8%) Libéral (21.2%)	20 hommes 46 femmes tranche d'âge 23–63 ans	Physique	Externe (59,1% patients, 9.1% acc, 10.6% autre) Interne (12.1%)	Certificats de coups et blessures -
Alameddine M. <i>et al</i> , 2015, Liban, PLoS One (174)	Etude transversale	593 infirmiers	Non décrit	20.6% hommes 79.4% femmes tranche d'âge <25–54 ans	Physique 10% (53.6% patients, 33.9% acc, 1.8% méd, 1.8% inf) Verbale 62% (25.2% patients, 39.4% acc, 24.6% méd, 18.1% inf)	Questionnaire recueillant des données sur quatre sections principales	≥ 1 fois/ 12 mois
Fute M. <i>et al</i> , 2015, Ethiopie, BMC Nurs (175)	Etude transversale	642 infirmiers	Ambulatoire (43.8%) Service d'hospitalisation (36.3%) Urgences (19.9%)	37.1% hommes 62.9% femmes tranche d'âge <25–52 ans	Physique (18.8%) Verbale (89.6%) Harcèlement sexuel (13%)	Externe (45% patients) Workplace Violence Scale OMS, BIT, CNI (Geneva 2002)	≥ 1 fois/ 6 mois

Shi J. <i>et al</i> , 2015, Chine, PLoS One (158)	Etude transversale	1656 médecins (47.55% internes, 33.21% spécialistes, 19.24% chefs de service)	Maison de santé (n= 408) Centre de soins secondaires (n=623) Centre de soins tertiaires (n=625)	54.05% hommes 45.95% femmes tranche d'âge <30-≥50 ans	Physique (81.04%) Verbale (92.75%)	Externe (100% patients)	Guidance on the prevention of violence at work. (Wynne R. 1997)	≥ 1 fois/ 12 mois
Boafo I. <i>et al</i> , 2016, Ghana, Nurs Open (176)	Etude transversale	592 infirmiers	Ambulatoire (18.1%) Soins intensifs (16.7%) Medical/chirurgical (44.4%) Unités spécialisées (20.8%)	20.8% hommes 79.2% femmes tranche d'âge 21- 60 ans	Verbale 52.7% (45.5% acc, 26.6% patients, 8% méd, 16.7% inf) Harcèlement sexuel 12.2% (11.3% patients, 18.3% acc, 54.9% méd, 7% inf)		Workplace Violence Scale OMS, BIT, CNI (Geneva 2002)	≥ 1 fois/ 12 mois
Ferri P. <i>et al</i> , 2016, Italie, Psychol Res Behav Manag (167)	Etude transversale	419 employés (89 % inf, 39% méd, 56 % AS)	15 services médico-chirurgicaux d'un centre hospitalier	33% hommes 67% femmes tranche d'âge 24- 67 ans	Physique (49%) Verbale (51%)	Externe (51% patients, 31% acc) Interne (9%) Les deux (9%)	Violent Incident Form (VIF) (Arnetz 1998)	≥ 1 fois/ 12 mois
Karatza C. <i>et al</i> , 2016, Grèce, Annals of Gen Psy (177)	Etude transversale	841 infirmiers	Soins intensifs (14%) Urgences (9,9%) Pneumo (8.6%) Chirurgie (12%) Autre (55.5%)	15.3% hommes 84.7% femmes moyenne d'âge 40.1 ans	Psychologique (30.2%)	Non décrit	The Negative Acts Questionnaire (NAQ) (Einarsen 2009)	≥ 1 fois/ 6 mois
Kumar M. <i>et al</i> , 2016, Inde, J Clin Diagn Res (178)	Etude transversale	151 médecins	Spécialité méd (n= 37) Chirurgie (n= 49) Obstétrique et gynéco (n=47) Urgences/Radio (n= 18)	61% hommes 39% femmes moyenne d'âge 26.73±4.24 ans	Physique (8.6%) Verbale (78.4%) Psychologique (12.3%)	Non décrit	Questionnaire auto- administré (non spécifié)	≥ 1 fois/ 12 mois

Cheung T. <i>et al</i> , 2017, Japon, BMC Public Health (179)	Etude transversale	850 infirmiers	Non décrit	12.4% hommes 87.6% femmes moyenne d'âge 34-44 ans	Physique (22.7%) Verbale (39.2%) Harcèlement sexuel (1.1%)	Externe (36.6% patients, 17.5% acc) Interne (7.7% horizontale, 6.3% verticale)	Workplace Violence Scale OMS, BIT, CNI (Geneva 2002)	≥ 1 fois/12 mois
Farouk Abdellah R. <i>et al</i> , 2017, Egypte, Pan Afr Med J. (180)	Etude transversale	134 employés (50% inf, 39.6% méd, 10.4% autre)	Urgences	48.5% hommes 51.5% femmes tranche d'âge 20-35 ans	Physique 15.6% (0% patients, 90.5% acc, 23.8% collègues) Verbale 58.2% (21.8% patients, 89.7% acc, 25.6 % collègues)		Questionnaire standardisé élaboré par l'OMS	≥ 1 fois/12 mois
Llor-Esteban B. <i>et al</i> , 2017, Espagne, European J of Psy (165)	Etude transversale	518 employés (62% inf, 38% AS)	Services de psychiatrie	13.7% hommes 86.3% femmes tranche d'âge <30->50 ans	Physique (99.4%) Psychologique (98.06%)	Externe (non décrit)	Healthcare-workers Aggressive Behavior Scale-Users (HABS-U; Waschgler et al 2012)	≥ 1 fois/12 mois
Shi L. <i>et al</i> , 2017, Chine, BMJ Open (159)	Etude transversale	2706 employés (39.1% méd, 56.2% inf, 4.7% autre)	Urgences (11.9%) Médecine interne (30%) Chirurgie (27.8%) Obstétrique gynéco (10.2%) Pédiatrie (8.1%) Autre (12%)	23% hommes 77% femmes tranche d'âge ≤30-≥51 ans	Physique (13.6%) Psychologique (59.64%)	Externe (23.6% patients, 67.4% acc)	Workplace Violence Scale OMS, BIT, CNI (Geneva 2002)	≥ 1 fois/12 mois

Sun P. <i>et al</i> , 2017, Chine, Int J Environ Res Public Health (160)	Etude transversale	1899 employés (30% inf, 57.2% méd, 7.4% personnel administratif 5.4% autre)	Soins intensifs (2.1%) Urgences (2.6%) Méd interne (37.1%) Chirurgie (33.4%) Gynécologie (6.4%) Pédiatrie (1.8%) ORL (2.9%) Département administratif (7.4%) Autre (6.3%)	39.1% hommes 60.9% femmes tranche d'âge ≤29-≥40 ans	Physique (14.4%) Psychologique (68.9%)	Non décrit	Workplace Violence Scale OMS, BIT, CNI (Geneva 2002)	≥ 1 fois/ 12 mois
Arnetz J. <i>et al</i> , 2018, Etats-Unis, J Occup Environ Med (164)	Etude transversale	446 employés (58.1% inf, 41.9 % autre)	41 services d'hospitalisation	17.7% hommes 81.8% femmes tranche d'âge <29-60 ans	Physique (28.8%) Verbale (60%)	Externe (44.2% patients, 29.5% acc) Interne (14% horizontale, 4.8% verticale)	Questionnaire élaboré pour cet étude (non spécifié)	≥ 1 fois/ 12 mois
Schablon A. <i>et al</i> , 2018, Allemagne, Int J Environ Res Public Health (162)	Etude transversale	1984 employés (44.5% inf, 20.8% AS, 18.5% assistants sociaux, 5.7% stagiaires, 3.6% thérapeutes 6.8% autre)	Hôpitaux (29.9%) Soins gériatriques hospitaliers (29.5%) et ambulatoires (10.9%) Structures pour personnes handicapées 29.6%)	20.6% hommes 79.4% femmes tranche d'âge <29-60 ans	Physique 69.8% (96% patients, 3.7% acc) Verbale 94.1% (72% patients, 32.1% acc) Harcèlement sexuel (11.08%) Psychologique (41% interne)		Echelle d'observation du personnel révisée (SOAS-R) (Nijman 1999)	≥ 1 fois/ 12 mois
Havaei F. <i>et al</i> , 2021, Canada, Healthcare (Basel) (181)	Etude transversale	2958 infirmiers	Non décrit	8.8% hommes 91.2% femmes tranche d'âge 21–70 ans	Physique (74%) Harcèlement verbal ou sexuel (59.2%) Agression sexuelle (13%) Psychologique (86%)	Non décrit	Questionnaire élaboré pour cet étude (non spécifié)	≥ 1 fois/ 12 mois

La Torre G. <i>et al</i> , 2022, Italie, Int J Environ Res Public Health (168)	Etude transversale	3129 employés (49.8% inf, 22.7% méd, 27.5% autre)	Non décrit	27.7% hommes 72.3% femmes tranche d'âge <40≥55 ans	Harcèlement sexuel (2.1%) Psychologique (15.3%) Discrimination (2.3%)	Non décrit	Workplace Violence Scale OMS, BIT, CNI (Geneva 2002)	≥ 1 fois/ 12 mois
Pina D. <i>et al</i> , 2022, Espagne, PLoS One (166)	Etude transversale	950 infirmiers	Chirurgie (20.3%) Urgences (14.3%) Méd interne (17%) Ambulatoire (6.9%) Psychiatrie (5.5%) Autre (35.5%)	21.5% hommes 77.8% femmes tranche d'âge 30- 50 ans	Non décrit	Interne horizontale (59.2%)	Health Workers Aggressive Behavior Scale– CoWorkers and Superiors (HABS-CS Waschler et al.)	≥ 1 fois/ 12 mois
Stahl-Gugger A. <i>et al</i> , 2022, Suisse, BMC Health Serv Res (182)	Etude transversale	1567 employés (718 inf et sages- femmes, 293 médecins, 221 employés médico- techniques, 325 employés administratifs)	Non décrit	Genre non spécifié tranche d'âge <25 ≥ 55 ans	Physique (1%) Verbale (7%) Harcèlement sexuel (1%) Psychologique (10%) Discrimination (23%)	Non décrit	Questionnaire 100-item auto- administré (non-spécifié)	≥ 1 fois/ 12 mois

Inf= Infirmier ; Med= Médecin ; AS= Aide-soignant ; Acc= Accompagnants ; Amb= Ambulancier ; MG= Médecin généraliste ; Pharm= Pharmacien ; Psy= Psychologique

### **3. Caractéristiques des études (non-soignants)**

Toutes les neuf études retenues sont de type transversal. Deux études sont américaines (183,184), deux études sont du Brésil (185,186). Les autres articles sont originaires de Corée (187), Danemark (188), Italie (189), Irlande (190) et Turquie (191).

Le nombre de participants inclus dans ces neuf études est au total de 45.043 personnes, avec un minimum de 279 participants (186) jusqu'à 29.171 participants (187). Huit études ont intégré des personnes de sexe masculin et de sexe féminin. 75% d'entre elles ont inclus des pourcentages plus élevés des hommes : 61% (187), 87% (185), 51.5% (190), 58% (186), 92.3% (191). Une étude n'a intégré que des femmes (184).

En ce qui concerne les professions des participants, trois études ont inclus plusieurs catégories professionnelles (187,188,190), trois études ont intégré des enseignants (183,186,189), une étude a intégré des personnes qui travaillent dans les transports, dont 53% conducteurs de bus et 47% contrôleurs (185), une étude a inclus des agents de police (191) et une étude a inclus des aides à domicile (184).

Tous les articles ont utilisé des questionnaires comme instruments pour évaluer la violence sur le lieu de travail, sur une période de douze mois.

#### ***Types et prévalence de la violence selon la nature***

Les auteurs ont exploré différemment les types de violence rencontrée dans le milieu professionnel. Dans quatre études, ils ont réparti les formes de violence rencontrées entre physique, verbale, et/ou psychologique et/ou harcèlement sexuel. (184,186,187,191). Dans l'étude de Friberg et al (188), le harcèlement sexuel est le seul type de violence analysé. La violence physique est le type le plus exploré (183,184,186,187,189–191) avec un taux de prévalence pouvant aller de 0.7% (187), jusqu'à 48.5% (189). La violence verbale est décrite dans quatre études, et c'est le type de violence avec les taux de prévalence les plus élevés, comparé aux autres formes. Le taux minimum est de 4.8% dans une étude originaire de Corée (187), et le maximum rencontré est de 51.5% aux Etats-Unis (184). Le harcèlement sexuel (184,186–188) va de 0.4% (187) et peut aller jusqu'à 27.6% dans une étude faite sur les aides à domicile (184). Trois études mentionnent la violence psychologique (183,187,191) parmi les types décrits, avec des valeurs de 0.3% (187) et 28.9% (183). Une seule étude ne décrit pas les formes de violence rencontrées selon la nature (185).

### ***Types et prévalence de la violence selon la source***

La violence externe a été décrite dans cinq études (183–185,188,189). Deux d’entre elles ont analysé les deux types de violence, interne et externe (183,188), et les trois autres ont analysé exclusivement la violence externe (184,185,189). Les taux de prévalence concernant la violence interne sont inférieurs par rapport à la violence externe. Quatre études n’ont pas décrit le type de violence selon la source (186,187,190,191).

### ***Violence par catégorie professionnelle***

Selon les trois études qui ont analysé plusieurs catégories professionnelles, les personnes les plus touchées par la violence sur leur lieu de travail sont les travailleurs de la santé, travailleurs sociaux, ceux qui font du service à la personne (187,188,190).

### ***Associations entre l'exposition à la violence et les caractéristiques des victimes***

- Genre

En ce qui concerne le genre des personnes touchées, parmi les enseignants, les hommes ont déclaré avoir été exposés à la violence plus fréquemment que les femmes, mais les enseignantes étaient plus susceptibles de rapporter un plus grand nombre d'expériences de harcèlement perpétré par les parents (vécu directement ou en tant que témoin) que les enseignants (186,189). Selon les études qui ont exploré plusieurs catégories professionnelles (187,188,190), les femmes sont les plus touchées si on parle de harcèlement sexuel.

- Âge

En ce qui concerne l'âge, quatre études ont exploré cette caractéristique (185,187,188,190). Une des études montre que les conducteurs de bus les plus jeunes (18-30 ans) étaient plus susceptibles d'avoir été exposés à la violence (185). De même, l'étude de Lee et al (187) montrait que les travailleurs de moins de 30 ans présentaient la plus forte prévalence de violence au travail. Dans une autre étude, les employés plus âgés étaient généralement moins susceptibles que les plus jeunes à être exposés à du harcèlement sexuel de la part des clients (188). Selon Hogan et al (190), les travailleurs plus jeunes signalent des niveaux plus élevés d'incivilité et de manque de respect, tandis que les travailleurs âgés de 35 à 44 ans signalent des niveaux plus élevés de violence ou de blessures.

## *Conséquences*

Cinq études ont décrit l'impact de la violence sur les victimes (183–185,188,191). En ce qui concerne les enseignants, selon Tiesman et al (183), 5% des travailleurs de l'éducation ont connu des changements dans leur situation professionnelle, tels que des transferts de poste, à la suite de l'agression physique et 14% ont connu des absences du travail de plus d'un jour. Près de 10% des enseignants ont été absents du travail pendant plus d'une semaine à la suite de l'agression. Chez près de 12% des travailleurs, l'agression physique a entraîné une limitation modérée ou grave des activités de la vie quotidienne (11,7%). Dans l'étude de Hanson et al (184), l'expérience de toute forme de violence sur le lieu de travail est associée à une augmentation du stress, de la dépression et des troubles du sommeil chez les travailleurs des soins à domicile. Dursun et al (191) ont trouvé que les niveaux de dépression et d'anxiété des policiers qui ont été exposés à au moins un type de violence étaient plus élevés que ceux des policiers qui n'ont pas été exposés à la violence. De même, Friborg et al (188), ont constaté que l'exposition au harcèlement sexuel sur le lieu de travail était associée à un niveau plus élevé de symptômes dépressifs par rapport aux employés non exposés au harcèlement sexuel. Ils ont également constaté une tendance à une association plus forte entre le harcèlement sexuel et les symptômes dépressifs, lorsque le harcèlement était le fait de superviseurs, de collègues ou de subordonnés, par rapport aux clients.

Pour les conducteurs et les contrôleurs de bus, les proportions de cas de violence au travail étaient positivement associées à l'abus d'alcool, à l'absentéisme pour cause de maladie et à au moins une maladie chronique diagnostiquée par un médecin (185).

Tableau 3 Caractéristiques des études (non-soignants)

Article	Méthodologie de l'étude	Population	Secteur de travail	Caractéristiques de la population étudiée (âge, genre)	Type et prévalence de la violence selon la nature	Type de violence selon la source	Instrument	Echelle de mesure
Tiesman H. <i>et al</i> , 2013, Etats-Unis, J Safety Res. (183)	Etude transversale	2514 employés (38.7% enseignants gén, 8.5% enseignants spécialisés, 17% personnel de soutien à l'éducation, 20.8% aides, 14.4% autre)	Enseignement Primaire (28.4%) Collège (8.6%) Lycée (8.9%) Plusieurs niveaux (17.9%)	39% hommes 61% femmes moyenne d'âge 46.5 ans	Physique 7.8% (95.3% étudiants, 3.8% collègues) Psychologique 28.9% (73% étudiants, 15% collègues, 10% familles des étudiants)		Questionnaire élaboré par le Centre de prévention et contrôle de la violence de l'Université du Minnesota	≥ 1 fois/ 12 mois
Lee HE. <i>et al</i> , 2014, Corée, J Occup Health (187)	Etude transversale	29171 employés (2% managers, 25% employés administratifs, 9.4% vendeurs, 1% agriculteurs, 10% artisans, 11.5% ouvriers, 12.7% professions élémentaires, 8.4% service à la personne, 20 % professionnels et autres)		61% hommes 39% femmes tranche d'âge 15-64 ans	Verbale 4.8% Physique 0.7% Psychologique 0.3% Harcèlement sexuel 0.4% Totale (5.8%) (service à la personne le plus élevé)	Non décrit	Questionnaire 6 items (non spécifié)	≥ 1 fois/ 12 mois
Assunção AÁ. <i>et al</i> , 2015, Brésil, Rev de Saude Publ (185)	Etude transversale	1473 employés (53% conducteurs de bus, 47% contrôleurs)	Transport	87% hommes 13% femmes tranche d'âge 18-75 ans	45% (type non spécifié)	87% passagers, 13% piétons ou collègues	Questionnaire numérique par l'enquêteur (non spécifié)	≥ 1 fois/ 12 mois
Hanson C. <i>et al</i> 2015, Etats-Unis, BMC Public Health (184)	Etude transversale	1214 employés (aides à domicile)	Service à la personne	100% femmes tranche d'âge 19-80 ans	Verbale 51.5%, Physique 27.5% Harcèlement sexuel 27.6% Agression sexuelle 12.8%	Externe 100% (employeurs ou d'autres personnes à leur domicile)	Questionnaire développé par Barling et al. (2001)	≥ 1 fois/ 12 mois

Friberg M. <i>et al</i> , 2017, Danemark, BMC Public Health (188)	Etude transversale	7603 employés (28.8 % travailleurs sociaux, 24.9 % cadres et professions intellectuelles supérieures, 17,9% ouvriers industriels, 12,0% bâtiment et construction, 16,3% autre)		45.9 % hommes 54.1% femmes tranche d'âge 18-64 ans	Harcèlement sexuel 3.4% (travailleurs sociaux- le plus élevé)	Externe (69%) Interne (31%)	Questionnaire auto-administré (non spécifié)	≥ 1 fois/ 12 mois
Berlanda S. <i>et al</i> , 2019, Italie, Int J Environ Res Public Health (189)	Etude transversale	686 employés	Enseignement Primaire (29.1%) Collège (26.1%) Lycée (44.3%)	22.6 % hommes 76.7% femmes moyenne d'âge 45.79 ans	Physique 48.5% Harcèlement 80.6%	Externe 100 % (étudiants ou familles des étudiants)	Questionnaire développé par McMahon et al (2014)	≥ 1 fois/ 12 mois
Hogan V. <i>et al</i> , 2020, Irlande, Int J Work Health Management (190)	Etude transversale	1764 employés (agriculture, industrie, construction, commerce de détail, alimentation et hébergement, transport, services financiers, administration publique, éducation, santé et services sociaux)		51.5% hommes 48.5% femmes tranche d'âge 18-55+ ans	Physique (2.5%) Harcèlement moral (8.96%) Incivilité (31%) (santé et services sociaux - le plus élevé pour toutes les catégories)	Non décrit	Version révisée du Negative Acts Questionnaire (Einarsen et al., 2009)	≥ 1 fois/ 24 mois
Lima PVC. <i>et al</i> , 2020, Brésil, Epidemiol. Serv. Saude (186)	Etude transversale	279 employés	Enseignement Lycée (100%)	58.1% hommes 41.9% femmes tranche d'âge -	Verbale 39.4% Physique 1.4% Harcèlement sexuel 15.4% Totale (55.8%)	Non décrit	Questionnaire (Levandoski G et al., 2011)	≥ 1 fois/ 12 mois
Dursun S. <i>et al</i> , 2021, Turquie, J Med & Health Sci (191)	Etude transversale	339 employés (agents de police)		92.3% hommes 7.7% femmes tranche d'âge 23-53 ans	Verbale 28.9% Physique 20.9% Psychologique 21.2% Totale (39.2%)	Non décrit	Workplace Violence Scale OMS, BIT, CNI (Geneva 2002)	≥ 1 fois/ 12 mois

## **IV. Discussion**

### **1. Résultats principaux**

Ce travail de thèse portant sur une thématique majeure, sociétale, élément clé de la qualité de vie au travail, repose sur une revue de la littérature, qui avait pour objectif de rassembler dans un seul manuscrit les connaissances sur les caractéristiques des violences au travail, en particulier dans le secteur de soin et ce, afin d'en définir les critères diagnostiques mais aussi thérapeutiques selon les trois types de prévention.

Les données de la littérature actuelle en matière de violence au travail traduisent l'ampleur, la fréquence et les caractéristiques des agressions physiques et/ou psychiques et à identifier les facteurs de risque. Nos travaux ont permis d'identifier un total de 34 articles originaux selon des modalités de recherche particulières sur les bases de données Pubmed et Web of Science et ce, sur la période de 2010 à 2022. Ces études portent sur un total de 77.597 travailleurs issus de 23 pays, dont 32.554 professionnels de la santé. En général, il est difficile de comparer les statistiques sur l'exposition à la violence et au harcèlement au travail dans différents pays. Cela est dû aux différentes définitions et classifications utilisées pour délimiter les concepts étudiés, aux différentes méthodologies de collecte et de traitement des informations, aux différentes périodes analysées et aux différences culturelles dans l'expérience de la violence et du harcèlement.

Nos recherches ont révélé des informations sur les victimes et les agresseurs, sur la prévalence de la violence dans le milieu de travail, les formes de violence rencontrées, les facteurs de risque, les conséquences pour les travailleurs et les moyens de prévention. Dans la plupart des études, les agressions verbales étaient les plus courantes, et cela a été confirmé par des études antérieures (192), bien que l'existence de pourcentages élevés d'agressions physiques et psychologiques subies par les professionnels, ne peut pas être sous-estimée. En ce qui concerne la provenance, la plupart de' études sélectionnées dans cette r'veue se concentrent sur la violence externe, ce qui coïncide avec ce qui a été rapporté par Pourshaikhian et al (12) dans une revue précédente.

Les groupes les plus vulnérables à la violence sur leur lieu de travail sont les travailleurs de la santé, travailleurs sociaux, ceux qui font du service à la personne (187,188,190). Parmi les travailleurs de la santé, notre étude a révélé que les infirmiers sont de loin les plus touchés. Ce phénomène a été soutenu par de nombreuses études (193–195).

Il a été constaté dans notre revue concernant les soignants, que la violence physique avait une prévalence statistiquement significative dans les services d'urgence, dans les unités psychiatriques (165,167,173) et la violence non-physique prédominait dans les services de soins gériatriques (162,167). Une revue et méta-analyse a montré également que les services de psychiatrie et d'urgence étaient les lieux de violence au travail les plus courants (196). Une autre étude de synthèse soutient que les services d'urgence étaient à risque de devenir un lieu de violence en raison de divers facteurs de risque environnementaux de violence tels que le manque de personnel, le manque d'intimité, la surpopulation et la disponibilité de types d'équipements non sécurisés pouvant être utilisés comme une arme (197).

En ce qui concerne le genre des personnes touchées, les hommes ont déclaré avoir été exposés à la violence physique plus fréquemment que les femmes (165,169,170,180). Cependant, les femmes sont les plus touchées si on parle de harcèlement sexuel (163,176,187,188,190). Dans une revue systématique mettant l'accent sur les différences de violence physique entre les genres, le chercheur a constaté que de nombreuses études montraient que les professionnels de santé masculins subissaient davantage de violence physique au travail que les femmes. Cette revue systématique suggère également que 19 études ont révélé une association non significative entre la violence physique au travail et le genre (198). Il est nécessaire pour les recherches futures de fournir des estimations de la prévalence par genre. Ces études pourraient nous aider à comprendre les caractéristiques démographiques des victimes et fournir des preuves pour une intervention bien ciblée.

Concernant l'âge des victimes, notre étude a montré que la plupart des personnes exposées à la violence dans toutes les catégories professionnelles étaient jeunes et moins expérimentées (168,174–176,178,179,185,187,188,190), et cela est confirmé par d'autres études (48,199).

L'analyse a montré que les professionnels de santé célibataires étaient exposés à des niveaux plus importants de violence, mais, dans certaines études, les personnes mariées sont celles avec les taux les plus élevés de violence verbale (50,5 %) (180), et celles qui ont déclaré avoir subi plus d'incidents de violence physique (73,9%) (159).

En ce qui concerne les agresseurs, dans notre recherche sur les soignants, les patients sont identifiés comme les auteurs les plus fréquents (162–164,167,169,171–173,179). Plusieurs études ont constaté que la violence physique était le fait de patients de sexe masculin (200,201). Cela peut s'expliquer par le fait que les jeunes hommes sont plus impulsifs et plus susceptibles de se disputer avec le personnel soignant. Cependant, Kitaneh et al (170) ont trouvé que pour la violence psychologique, les auteurs étaient principalement des femmes (63,6%), d'un âge plus avancé (36-60 ans).

Plusieurs instigateurs de la violence au travail envers les travailleurs de la santé ont été présentés dans cette revue : la charge de travail, le travail de nuit, les membres de la famille et les amis traumatisés, les attentes irréalistes ou non-satisfaites des patients, les longues périodes d'attente. Le temps d'attente et l'insatisfaction du patient et de la famille étaient les plus rapportés (<sup>141,143</sup>), ce qui est conforme aux résultats précédents.(202) Par conséquent, une meilleure communication entre le personnel soignant et les patients est nécessaire.

L'étude a révélé que le nombre de victimes qui ont signalé l'incident aux supérieurs hiérarchiques était plus faible que ceux qui n'ont pas rapporté l'incident (169,170,176,179). L'analyse a montré également que l'exposition à la violence est sous-déclarée en raison de l'attitude du personnel, de la croyance que la violence fait « partie du travail », ou parce qu'ils ne savaient pas à qui s'adresser (170,176). Pour comprendre l'ampleur du problème et ses facteurs prédisposants, il faut avoir une image claire du phénomène, ce qui n'est possible qu'avec des rapports réels. Dans ce domaine, il serait utile de corriger l'attitude du personnel et des responsables et d'encourager le signalement.

La violence sur le lieu de travail est associée à diverses conséquences négatives. Tout d'abord, elle entraîne un traumatisme physique et mental pour les victimes. Les victimes ont du mal à se concentrer sur leur travail, ce qui se traduit par une baisse d'intérêt pour le travail, une augmentation des congés et une diminution de la satisfaction professionnelle. Dans les études examinées dans cette revue, les victimes ont déclaré avoir subi principalement de troubles de la santé mentale (159,161,170,179,181,182,184,188,191), comme l'anxiété (161,191), la dépression (170,184,188,191), des troubles du sommeil (174,182,184), une augmentation du stress, ce qui conduit à une dégradation de leur travail. Dans l'étude de Kumar et al (178), les trois quarts (75,8%) des médecins interrogés ont admis que toute forme de violence pendant les heures de travail affectait leur état d'esprit, ce qui avait un impact sur leurs études, leurs fonctions et leur vie personnelle. En ce qui concerne les enseignants, selon Tiesman et al (183), 5% des travailleurs de l'éducation ont connu des changements dans leur situation professionnelle, tels que des transferts de poste, à la suite de l'agression physique et 14% ont connu des absences du travail de plus d'un jour. Des résultats similaires ont été montrés dans une revue systématique et une méta-analyse menée par Binmadi et Alblowi (2), selon lesquels l'impact de la violence sur les travailleurs se manifeste par une altération de la qualité du travail, des problèmes psychologiques et, bien que cela soit rare, la démission. Une autre étude de synthèse menée par Baydin et Erenler (203) a montré un résultat similaire, à savoir que les effets psychologiques les plus courants des victimes de violence au travail étaient une diminution de la satisfaction au travail et la peur.

Des stratégies de prévention doivent être adoptées pour réduire les attaques contre les travailleurs. En raison des multiples facettes de la violence au travail, il est difficile de résoudre complètement ce problème. Une revue de littérature conduite en 2020 avait pour objectif d'étudier l'efficacité des interventions, telles que les programmes, les politiques ou les pratiques de travail, pour prévenir et réduire les agressions envers les travailleurs de la santé par les patients et les personnes qui les soutiennent. Ils ont estimé que la qualité globale des preuves était très faible. Les études présentaient des problèmes de conception ou ne décrivaient pas leur conception de manière suffisamment détaillée. Chacune des études a mesuré des résultats différents, ce qui a entraîné un manque de cohérence entre elles (52).

Toutefois, des mesures peuvent être prises pour la réduire dans une large mesure. En général, ces interventions reposent sur des méthodes de désescalade, des méthodes de simulation, la formation des professionnels. Dans notre analyse, seulement six études sur les soignants ont exploré cet aspect (161,162,169–171,178). Dans quatre études, la plupart des répondants ont indiqué que les hôpitaux n'avaient pas de politique/procédure spécifique ou de programmes de formation contre la violence au travail, ou qu'ils n'étaient pas au courant de l'existence de telle politique (161,169,170,178).

Bien qu'il n'y ait pas de preuves tangibles de l'efficacité des systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail, il existe un large consensus sur le fait que la mise en œuvre d'un plan global de prévention de la santé et de la sécurité est la clé pour comprendre, prévenir et traiter la violence au travail (204).

Des recommandations qui visent à atténuer les impacts négatifs de la violence sur les travailleurs sont décrites dans une autre revue systématique (15) : la création de procédures claires et fiables pour signaler les actes de violence (physique ou psychologique), l'utilisation d'équipes d'évaluation pour renforcer la sécurité dans les zones vulnérables, et l'amélioration des méthodes de dotation en personnel. En outre, il est nécessaire d'organiser des formations et des ateliers pour les professionnels de la santé afin qu'ils puissent reconnaître à l'avance les signes et les situations qui augmentent le risque de violence au travail et les moyens de désamorcer les agressions. Ces ateliers devraient être mis en œuvre dans le cadre de la formation en matière de santé et de sécurité sur une base régulière.

## **2. Points forts et limites de cette revue**

Cette revue systématique a été menée selon la méthodologie PRISMA, une méthode qui est à l'heure actuelle employée par plus de 400 journaux scientifiques (205). Un autre avantage est représenté par le fait que notre sujet est très vaste, et a été exploré par des nombreuses études au cours des 30 dernières années. Notre analyse comprend plusieurs articles sur une période étendue de 12 ans, dont certains récents, datant de 2022. Elle couvre une population internationale, avec un effectif important, comprenant 77.597 travailleurs. Par conséquent, les résultats obtenus sont significatifs étant donné le grand nombre de travailleurs employés dans ces établissements à travers le monde.

Cette étude présente les limites inhérentes à la méthodologie de la revue systématique, et d'autres liées à la collecte de données et à la subjectivité et l'interprétation de ces faits.

Tout d'abord, il s'agissait d'un résumé narratif, et il existe de nombreuses publications liées à notre sujet. Nous n'avons sélectionné que les articles indexés par Pubmed et Web of Science pour réaliser cette étude et on a utilisé que des articles en accès libre. Il se peut donc qu'il n'ait pas couvert tous les articles pertinents dans le domaine. Cependant, l'objectif était de mettre en avant les différentes facettes de la violence au travail à l'encontre des travailleurs, notamment en ce qui concerne les divers pays et situations. Même si la violence au travail est un sujet beaucoup exploré, dans notre recherche, la plupart des articles trouvés étaient sur les soignants. Peu d'études ont inclus des travailleurs d'autres domaines. De plus, les études incluses dans l'analyse systématique étaient transversales et de nature exploratoire, ce qui limite les conclusions possibles.

Deuxièmement, tous les articles trouvés analysent les caractéristiques de la violence au travail au moyen de registres institutionnels ou de questionnaires auto-conçus et auto-administrés pour mesurer la violence au travail. Il est difficile de comparer les résultats sans un outil d'évaluation standard. Cette variabilité dans les sources de collecte de données peut entraîner des biais d'information. Le biais de rappel est également présent en raison de la collecte de données qui demande des informations sur les événements violents au cours des 12 derniers mois. Les recherches futures devraient donc développer un outil d'évaluation standard et complet pour mesurer la violence dans le milieu professionnel.

Troisièmement, la subjectivité et l'interprétation de ces faits signifient que toutes les personnes ne reçoivent et ne ressentent pas l'agression de la même manière, en fonction de leur personnalité. De plus, comme nous l'avons vu dans cette revue, la sous-déclaration et la déclaration sélective, un problème bien connu dans le domaine de la violence au travail, sont

présentes de manière variable dans toutes les études. Des pourcentages élevés de travailleurs reconnaissent que l'agression est un autre aspect de leur travail auquel ils sont confrontés, en la considérant comme quelque chose de normal, et ne reçoivent pas de formation à la prévention de la violence. Un autre désavantage est représenté par le faible nombre d'études existantes à l'heure actuelle qui analysent les méthodes de prévention. Les conclusions ne peuvent donc pas être considérées comme exhaustives.

En perspective, cette thématique nécessite des travaux supplémentaires, certes scientifiques, mais en avant tout pragmatiques, à savoir la prise en charge à tous les niveaux de prévention et notamment une information des structures de santé au travail mais également des travailleurs, quel que soit leur statut et leur fonction sur la réalité des violences eu travail et les éléments qui en font la genèse. A côté de cette approche, il semble nécessaire de développer des structures pluridisciplinaires de prise en charge de victimes de violences (clinique, sociale, juridique...) mais avec l'appui des médecins du travail, spécialistes du monde professionnel, pouvant ainsi d'une part mieux cerner la problématique organisationnelle existante au sein de l'entreprise et d'autre part mieux accompagner au retour ou au maintien dans l'emploi dans ce contexte.

## V. Conclusion

Ce travail a permis de faire une synthèse des connaissances actuelles sur la violence dans le milieu professionnel. La violence au travail est un problème sanitaire et social complexe dont l'étiologie est multifactorielle. Elle peut se manifester de nombreuses façons (physique, verbale, sexuelle, etc.) et entraîner une multitude de conséquences négatives pour les travailleurs du monde entier, comme le démontre cette étude. Les auteurs, les causes et les conséquences de la violence ne sont pas toujours clairs, en raison de la sous-déclaration et du manque « d'efforts » d'investigation de la part des institutions. Aucun cas de violence ne devrait passer inaperçu ou être sous-déclaré. Cependant, la plupart des incidents de violence sont négligés, ce qui entraîne à long terme le mécontentement des travailleurs et de la Société. Dans ce contexte, il convient non seulement de prévenir les épisodes de violence, mais aussi d'apporter un soutien pragmatique, empathique et institutionnel aux personnes qui ont été confrontées à la violence. Des politiques et des stratégies applicables sont donc nécessaires pour garantir un environnement de travail sûr. D'autres études de haute qualité sont nécessaires pour examiner l'association entre la violence contre les travailleurs et les facteurs connexes. L'approche clinique du constat de de la violence au travail et de son accompagnement nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire et notamment par des spécialistes de la santé au travail, encore à ce jour peu impliqués de manière interventionnelle dans cette entité. Un défi important pour la recherche sur la violence au travail est de réaliser des études de nature mixte qui, d'une part, permettent une compréhension plus profonde du phénomène à travers les expériences subjectives des agents de santé et, d'autre part, établissent la prévalence dans cette population, estiment l'ampleur de ses conséquences et proposent des mécanismes opportuns et viables pour faire face au phénomène.

Monsieur le Directeur de Thèse

Professeur Fabrice HERIN  
Chef de Service  
Service des Maladies Professionnelles  
et Environnementales  
Santé au Travail  
CHU de Toulouse - Hôpital Purpan  
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex  
RPPS : 10004398262

Monsieur le Président du Jury

Professeur Jean-Marc SOULAT  
Coordonnateur Interrégional  
DES de Médecine du Travail  
SMPE - Pavillon Turial  
CHU TOULOUSE - HOPITAL PURPAN  
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex

Madame la Doyenne, Monsieur le Doyen

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation,  
La Doyenne-Directrice  
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical  
Professeure Odile RAUZY

## Bibliographie

1. Nyberg A, Kecklund G, Hanson LM, Rajaleid K. Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies. *Occup Environ Med.* févr 2021;78(2):69-81.
2. Binmadi NO, Alblowi JA. Prevalence and policy of occupational violence against oral healthcare workers: systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health.* déc 2019;19(1):279.
3. Hills DJ. Defining and classifying aggression and violence in health care work. *Collegian.* déc 2018;25(6):607-12.
4. Chappell D., Di Martino V. Violence at work. [En ligne]. Third edition. Geneva : International Labour Office, 2006. 360 p.
5. International Labour Organization Sectoral Activities Programme. Code of Practice on Workplace Violence in Services Sectors and Measures to Combat This Phenomenon. Geneva: International Labour Organization, 2003.
6. Bureau international du travail. Réunion d'experts sur la violence contre les femmes et les hommes dans le monde du travail. Genève : Organisation internationale du travail, 2016.
7. Piquero NL, Piquero AR, Craig JM, Clipper SJ. Assessing research on workplace violence, 2000–2012. *Aggression and Violent Behavior.* mai 2013;18(3):383-94.
8. Personnes en emploi exposées au travail à de la violence physique, psychologique ou sexuelle durant les 12 derniers mois par sexe et âge (source: Eurofound) [Internet]. ec.europa.eu. Disponiblesur:[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/qoe\\_ewcs\\_7a3/default/bar?lang=fr](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/qoe_ewcs_7a3/default/bar?lang=fr)
9. Clari M, Conti A, Scacchi A, Scattaglia M, Dimonte V, Gianino MM. Prevalence of Workplace Sexual Violence against Healthcare Workers Providing Home Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *IJERPH.* 27 nov 2020;17(23):8807.
10. Hogh A, Viitasara E. A systematic review of longitudinal studies of nonfatal workplace violence. *European Journal of Work and Organizational Psychology.* sept 2005;14(3):291-313.
11. Ansoleaga E, Gómez-Rubio C, Mauro A. Violencia laboral en América Latina: una revision de la evidencia científica. *Rev Arg de Psiquiat* 2015; XXVI: 444-52. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/291161742\\_Violencia\\_laboral\\_en\\_America\\_Latina\\_una\\_revision\\_de\\_la\\_evidencia\\_cientifica](https://www.researchgate.net/publication/291161742_Violencia_laboral_en_America_Latina_una_revision_de_la_evidencia_cientifica).
12. Pourshaikhian M, Abolghasem Gorji H, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Arch Trauma Res* [Internet]. 23 janv 2016 [cité 8 oct 2022];Inpress(Inpress). Disponible sur: [http://www.archtrauma.com/?page=article&article\\_id=28734](http://www.archtrauma.com/?page=article&article_id=28734)

13. Palma A, Ansoleaga E, Ahumada M. Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. *Rev méd Chile*. févr 2018;146(2):213-22.
14. Serrano Vicente MI, Fernández Rodrigo MT, Satústegui Dordá PJ, Urcola Pardo F. [Agression to health care personnel in Spain: a systematic review]. *Rev Esp Salud Publica*. 2 oct 2019;93:e201910097.
15. Nowrouzi-Kia B, Chai E, Usuba K, Nowrouzi-Kia B, Casole J. Prevalence of Type II and Type III Workplace Violence against Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Occup Environ Med*. 1 juill 2019;10(3):99-110.
16. Tafjord T. Managing Strong Emotions: Nurses' Recognition and Responses to Personal Emotions When Approaching Parents With Cancer and Their Dependent Children. *Qual Health Res*. avr 2021;31(5):926-41.
17. Drew P, Tippet V, Devenish S. Effectiveness of mitigation interventions on occupational violence against emergency service workers: a mixed methods systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. mai 2018;16(5):1081-6.
18. Organisation internationale du travail et al. Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé. Genève : Organisation internationale du travail, 2002.
19. Rasmussen CA, Hogh A, Andersen LP. Threats and Physical Violence in the Workplace: A Comparative Study of Four Areas of Human Service Work. *J Interpers Violence*. sept 2013;28(13):2749-69.
20. Fisekovic M. B. et al. « Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia ». *Eur. J. Public Health* [En ligne]. 2015. Vol. 25, n°4, p. 693-698. In.
21. Guay S., Goncalves J., Jarvis J. « Verbal violence in the workplace according to victims' sex—a systematic review of the literature ». *Aggress. Violent Behav.* [En ligne]. 2014. Vol. 19, n°5, p. 572-578.
22. Katherine Lippel. *The Law of Workplace Bullying*. 01/01/2010. 32:1-302.
23. Einarsen et al., supra note 13, at 22. In.
24. Le harcèlement psychologique ou sexuel au travail [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/milieu-travail-sain/harcelement-au-travail/harcelement-psychologique-sexuel-au-travail>
25. Rapport québécois sur la violence et la sante [Internet]. INSPQ. Centre d'expertise et de référence en sante publique. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebécois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-en-milieu-de-travail/les-definitions-et-les-formes-de-violence-en-milieu-de-travail>
26. Bureau international du travail. Étude d'ensemble sur les conventions fondamentales concernant les droits au travail à la lumière de la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, 2008: troisième question à l'ordre du jour : informations et rapports sur l'application des conventions et recommandations : rapport de la Commission d'experts pour

- l'application des conventions et recommandations (articles 19, 22 et 35 de la Constitution). [En ligne]. Genève : Bureau international du travail, 2012.
27. Nielsen MB, Magerøy N, Gjerstad J, Einarsen S. Mobbing i arbeidslivet og senere helseplager. *Tidsskriftet*. 2014;134(12/13):1233-8.
  28. Fevre R. et al. « The ill-treatment of employees with disabilities in British workplaces ». *Work Employ. Soc.* [En ligne]. 2013. Vol. 27, n°2, p. 288-307.
  29. Women's Legal and Human Rights Bureau, Inc. From impunity to justice: Domestic legal remedies for cases of technology-related violence against women. [En ligne]. [s.l.] : Women's Legal and Human Rights Bureau, Inc, 2015. [Internet]. Disponible sur: <https://www.genderit.org/node/4268/>
  30. University of Sheffield. (2012). Hidden cyberbullying is as common as conventional counterpart in the workplace [Internet]. Disponible sur: <https://www.shef.ac.uk/news/nr>
  31. Workplace violence prevention for nurses [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible sur: [https://www.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit1\\_5](https://www.cdc.gov/WPVHC/Nurses/Course/Slide/Unit1_5)
  32. Gaudine A, Patrick L, Busby L. Nurse leaders' experiences of upwards violence in the workplace: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. mai 2019;17(5):627-32.
  33. Zhang Y, Cai J, Yin R, Qin S, Wang H, Shi X, et al. Prevalence of lateral violence in nurse workplace: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. mars 2022;12(3):e054014.
  34. AbuAlRub R. F., Al Khawaldeh A. T. « Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan ». *J. Clin. Nurs.* Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/jocn.12473>(le lien est externe)
  35. Pompeii L. et al. « Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing occupational injury data ». *J. Safety Res.* [En ligne]. février 2013. Vol. 44, p. 57-64. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2012.09.004>(le lien est externe)
  36. Paoli P, Merlié D. *Third European Survey on Working Conditions 2000*. Luxembourg: European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions, 2001.
  37. Donatella Camerino. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies* Vol. 45, Issue 1; 2008.
  38. Nowrouzi B, Huynh V. Citation analysis of workplace violence: A review of the top 50 annual and lifetime cited articles. *Aggression and Violent Behavior*. mai 2016;28:21-8.
  39. Giménez Lozano JM, Martínez Ramón JP, Morales Rodríguez FM. Doctors and Nurses: A Systematic Review of the Risk and Protective Factors in Workplace Violence and Burnout. *IJERPH*. 22 mars 2021;18(6):3280.

40. Feijó FR, Gräf DD, Pearce N, Fassa AG. Risk Factors for Workplace Bullying: A Systematic Review. *IJERPH*. 31 mai 2019;16(11):1945.
41. Bigham BL, Jensen JL, Tavares W, Drennan IR, Saleem H, Dainty KN, et al. Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Cross-sectional Survey. *Prehospital Emergency Care*. 2 oct 2014;18(4):489-94.
42. Cheney PR, Gossett L, Fullerton-Gleason L, Weiss SJ, Ernst AA, Sklar D. Relationship of Restraint Use, Patient Injury, and Assaults on Ems Personnel. *Prehospital Emergency Care*. janv 2006;10(2):207-12.
43. Gormley MA, Crowe RP, Bentley MA, Levine R. A National Description of Violence toward Emergency Medical Services Personnel. *Prehospital Emergency Care*. 3 juill 2016;20(4):439-47.
44. Oliver A, Levine R. Workplace Violence: A Survey of Nationally Registered Emergency Medical Services Professionals. *Epidemiology Research International*. 28 mai 2015;2015:1-12.
45. Boniol M., McIsaac M., Xu L., Wuliji T., Diallo K., Campbell J. Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries. World Health Organisation; Geneva, Switzerland: 2019.
46. Kahsay WG, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N, Hasanpour M. Sexual harassment against female nurses: a systematic review. *BMC Nurs*. déc 2020;19(1):58.
47. Lu L, Dong M, Lok GKI, Feng Y, Wang G, Ng CH, et al. Worldwide prevalence of sexual harassment towards nurses: A comprehensive meta-analysis of observational studies. *J Adv Nurs*. avr 2020;76(4):980-90.
48. Marsh J, Patel S, Gelaye B, Goshu M, Worku A, Williams MA, et al. Prevalence of Workplace Abuse and Sexual Harassment among Female Faculty and Staff. *Jrnl of Occup Health*. juill 2009;51(4):314-22.
49. Poilpot-Rocaboy G. Comprendre la violence au travail : le cas du harcèlement psychologique: Humanisme et Entreprise. 1 févr 2010;n° 296(1):9-24.
50. Eva Ein-Eli. Les violences au travail. *Psychologie*. Université de Nanterre - Paris X, 2020. Français. ffNNT : 2020PA100103ff. fftel-03214149.
51. Liu J, Lewis G, Evans L. Understanding aggressive behaviour across the lifespan: Aggressive behaviour across the lifespan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. mars 2013;20(2):156-68.
52. Spelten E, Thomas B, O'Meara PF, Maguire BJ, FitzGerald D, Begg SJ. Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. Cochrane Work Group, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 29 avr 2020 [cité 12 juin 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012662.pub2>

53. Schat ACH, Frone MR, Kelloway EK. Prevalence of workplace aggression in the U.S. Workforce: findings from a national study. In: Kelloway EK, Barling J, Hurrell J, editors. Handbook work violence. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 2006. pp. 47–90.
54. Gillespie GL, Gates DM, Kowalenko T, Bresler S, Succop P. Implementation of a Comprehensive Intervention to Reduce Physical Assaults and Threats in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. nov 2014;40(6):586-91.
55. Bernaldo-de-Quiros M, Cerdeira JC, Gomez MD, et al. Physical and verbal aggression encountered by out-of-hospital emergency responders in the autonomous community of Madrid: differences between urgent and emergent care settings. *Emergencias* 2014; 26: 171–178.
56. Vartia M. The source of bullying : Psychological work environment and organizational climate. *European J. of Work and Organizational Psychology*; 1996.
57. Geuzaine C, Faulx D. Au delà de l'irrationalité : vers une psychologie du phénomène de harcèlement moral. 2003.
58. Zapf D. Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work. *International Journal of Manpower*, 20, 57-69; 1999.
59. Coyne I, Seigne E, Randall P. Predicting workplace victim status from personality. *European J. of Work and Organizational Psychology*; 2000.
60. Vézina M., Chénard C. Grille d'identification de risques psychosociaux au travail. Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2016.
61. Hansez I., Mairiaux P. Conditions de travail et effets sur la santé des travailleurs: focus sur la prévention primaire. Belgique : Emploi, travail et concertation sociale, 2016.
62. Eurofound, EU-OSHA. Psychosocial risks in Europe prevalence and strategies for prevention: a joint report from the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions and the European Agency for Safety and Health at Work. Luxemburg : Publications Office of the European Union, 2014.
63. Baillien E, De Witte H. The Relationship Between the Occurrence of Conflicts in the Work Unit, the Conflict Management Styles in the Work Unit and Workplace Bullying. *PSYCHOL BELG*. 1 déc 2010;49(4):207.
64. Tuckey MR, Dollard MF, Hosking PJ, Winefield AH. Workplace bullying: The role of psychosocial work environment factors. *International Journal of Stress Management*. 2009;16(3):215-32.
65. D'Cruz P, Noronha E, Beale D. The workplace bullying-organizational change interface: emerging challenges for human resource management. *The International Journal of Human Resource Management*. 31 mai 2014;25(10):1434-59.
66. Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European J. of Work and Organizational Psychology* 1996; 5:165-184.;

67. Khubchandani J, Price J.H. Workplace Harassment and Morbidity Among US Adults: Results from the National Health Interview. *Community Health* 2015;
68. Gonzalez Trijueque D, Grana Gomez J.L. Workplace bullying: Prevalence and descriptive analysis in a multi-occupational sample. *Psichotema* 2009;
69. Notelaers G, Vermunt J.K, Baillien E, Einarsen S, De Witte H. Exploring risk groups workplace bullying with categorical data. *Ind. Health* 2011; 49:73-88;
70. Tsuno K, Kawakami N, Tsutsumi A, Shimazu A, Inoue A, Odagiri Y, et al. Socioeconomic Determinants of Bullying in the Workplace: A National Representative Sample in Japan. Zhang H, éditeur. *PLoS ONE*. 9 mars 2015;10(3):e0119435.
71. Ariza-Montes J, Muniz R. N, Leal-Rodríguez A, Leal-Millán A. Workplace Bullying among Managers: A Multifactorial Perspective and Understanding. *IJERPH*. 4 mars 2014;11(3):2657-82.
72. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. Longo DL, éditeur. *N Engl J Med*. 28 avr 2016;374(17):1661-9.
73. Fitzwater E, Gates D. Violence and Home Care: A Focus Group Study: Home Healthcare Nurse. oct 2000;18(9):596-605.
74. Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A. Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *IJERPH*. 10 août 2021;18(16):8459.
75. Campeau AG. The Space-Control Theory of Paramedic Scene-Management. *Symbolic Interaction*. août 2008;31(3):285-302.
76. Gascon S, Leiter MP, Andrés E, Santed MA, Pereira JP, Cunha MJ, et al. The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout: *The role of aggressions suffered*. *J Clin Nurs*. nov 2013;22(21-22):3120-9.
77. Nowrouzi-Kia B, Isidro R, Chai E, Usuba K, Chen A. Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. janv 2019;44:1-7.
78. Sisawo EJ, Ouédraogo SYA, Huang SL. Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. *BMC Health Serv Res*. déc 2017;17(1):311.
79. Wang N, Wu D, Sun C, Li L, Zhou X. Workplace Violence in County Hospitals in Eastern China: Risk Factors and Hospital Attitudes. *J Interpers Violence*. mai 2021;36(9-10):4916-26.
80. Farrell GA, Shafiei T, Chan SP. Patient and visitor assault on nurses and midwives: An exploratory study of employer 'protective' factors: Patient and visitor assault. *Int J Ment Health Nurs*. févr 2014;23(1):88-96.
81. Blando J., Ridenour M., Hartley D. « Barriers to Effective Implementation of Programs for the Prevention of Workplace Violence in Hospitals ». *Prof. Saf*. 2016. Vol. 61, n°4, p. 30-30. In.

82. Accord du 17 juin 2011 relatif au harcèlement et à la violence au travail. Article 1.3. Caractéristiques et formes de la violence au travail [Internet]. 2011. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/conv\\_coll/article/KALIARTI000024891136/](https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/article/KALIARTI000024891136/)
83. Code du travail : Titre V : Harcèlements: Chapitre II : Harcèlement moral. (Articles L1152-1 à L1152-6) [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006160706/#LEGISCTA000006160706](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006160706/#LEGISCTA000006160706)
84. Code du travail: Titre V: Harcelements. Chapitre III: Harcelement sexuel: Article L1153-1 [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006160706/#LEGISCTA000006160706](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006160706/#LEGISCTA000006160706)
85. Worke MD, Koricha ZB, Debelew GT. Prevalence of sexual violence in Ethiopian workplaces: systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. déc 2020;17(1):195.
86. Accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail [Internet]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/accord-harcelement-violence-2010-2.pdf>
87. Code du travail : Titre III : Discriminations Chapitre II : Principe de non-discrimination. (Articles L1132-1 à L1132-4) [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006160704?fonds=CODE&page=1&pageSize=10&query=discrimination&searchField=ALL&searchType=ALL&tab\\_selection=all&typePagination=DEFAULT&anchor=LEGISCTA000006160704#LEGISCTA000006160704](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006160704?fonds=CODE&page=1&pageSize=10&query=discrimination&searchField=ALL&searchType=ALL&tab_selection=all&typePagination=DEFAULT&anchor=LEGISCTA000006160704#LEGISCTA000006160704)
88. Risques- Harcèlements et violences internes - Réglementation [Internet]. INRS. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/harcelements-violences-internes/reglementation.html>
89. Code pénal. Partie législative (Articles 111-1 à 727-3). Livre II : Des crimes et délits contre les personnes (Articles 211-1 à 227-33). Titre II : Des atteintes à la personne humaine (Articles 221-1 à 227-33). Chapitre II : Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne (Articles 222-1 à 222-67). Section 3 bis : Du harcèlement moral (Articles 222-33-2 à 222-33-3) [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000029336939/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000029336939/)
90. Caroline Gernigon. Violence et travail. 2022 mai 12.
91. Code pénal. Partie législative (Articles 111-1 à 727-3). Livre II : Des crimes et délits contre les personnes (Articles 211-1 à 227-33). Titre II : Des atteintes à la personne humaine (Articles 221-1 à 227-33). Chapitre II : Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne (Articles 222-1 à 222-67). ReplierSection 3 : Du viol, de l'inceste et des autres agressions sexuelles (Articles 222-22 à 222-33-1). Paragraphe 4 : De l'exhibition sexuelle et du harcèlement sexuel (Articles 222-32 à 222-33).
92. Code pénal. Partie législative (Articles 111-1 à 727-3). Livre II : Des crimes et délits contre les personnes (Articles 211-1 à 227-33). Titre II : Des atteintes à la personne humaine (Articles 221-

1 à 227-33). Chapitre V : Des atteintes à la dignité de la personne (Articles 225-1 à 225-26).  
Section 1 : Des discriminations (Articles 225-1 à 225-4).

93. Hansson M, Chotai J, Bodlund O. Patients' beliefs about the cause of their depression. *Journal of Affective Disorders*. juill 2010;124(1-2):54-9.
94. Bhui KS, Dinos S, Stansfeld SA, White PD. A Synthesis of the Evidence for Managing Stress at Work: A Review of the Reviews Reporting on Anxiety, Depression, and Absenteeism. *Journal of Environmental and Public Health*. 2012;2012:1-21.
95. Lahelma E, Lallukka T, Laaksonen M, Saastamoinen P, Rahkonen O. Workplace bullying and common mental disorders: a follow-up study. *J Epidemiol Community Health*. juin 2012;66(6):e3-e3.
96. Rudkjoebing LA, Bungum AB, Flachs EM, Eller NH, Borritz M, Aust B, et al. Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health*. juill 2020;46(4):339-49.
97. Einarsen, S, Raknes, BI, Matthiesen, SB, & Hellesøy, OH. (1996). Helsemessige aspekter ved mobbing i arbeidslivet. Modererende effekter av sosial støtte og personlighet (Bullying at work and its relationships with health complaints - moderating effects of social support and personality). *Nord Psychol*, 48, 116-37.
98. Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace Bullying and Mental Health: A Meta-Analysis on Cross-Sectional and Longitudinal Data. Courvoisier DS, éditeur. *PLoS ONE*. 25 août 2015;10(8):e0135225.
99. Nielsen MB, Einarsen S. Outcomes of exposure to workplace bullying: A meta-analytic review. *Work & Stress*. oct 2012;26(4):309-32.
100. Finne LB, Christensen JO, Knardahl S. Psychological and Social Work Factors as Predictors of Mental Distress: A Prospective Study. Langguth B, éditeur. *PLoS ONE*. 21 juill 2014;9(7):e102514.
101. Nielsen MB, Indregard AMR, Årverland S. Workplace bullying and sickness absence: a systematic review and meta-analysis of the research literature. *Scand J Work Environ Health*. sept 2016;42(5):359-70.
102. Björkqvist K, Österman K, Hjelt-Bäck M. Aggression among university employees. *Aggr Behav*. 1994;20(3):173-84.
103. Leymann H, Gustafsson A. Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. juin 1996;5(2):251-75.
104. Finne LB, Knardahl S, Lau B. Workplace bullying and mental distress – a prospective study of Norwegian employees. *Scand J Work Environ Health*. juill 2011;37(4):276-86.
105. Einarsen S, Nielsen MB. Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: a five-year prospective and representative study. *Int Arch Occup Environ Health*. févr 2015;88(2):131-42.

106. World Health Organisation (WHO). Suicide [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
107. Edward K leigh, Ousey K, Warelow P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs*. 26 juin 2014;23(12):653-9.
108. Xu T, Magnusson Hanson LL, Lange T, Starkopf L, Westerlund H, Madsen IEH, et al. Workplace bullying and violence as risk factors for type 2 diabetes: a multicohort study and meta-analysis. *Diabetologia*. janv 2018;61(1):75-83.
109. Leather et al, 1998. In.
110. Prévention du harcèlement et de la violence sur le lieu de travail [Internet]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/fondation.pdf>
111. Dupré KE, Dawe KA, Barling J. Harm to Those Who Serve: Effects of Direct and Vicarious Customer-Initiated Workplace Aggression. *J Interpers Violence*. sept 2014;29(13):2355-77.
112. Hershcovis, SM, Barling, J. Towards a multi-foci approach to workplace aggression: a meta-analytic review of outcomes from different perpetrators. *Journal of Organizational Behaviour* 2010;31(1):24-44.
113. Cooper, CL, Swanson, N. Workplace Violence in the Health Sector: State of the Art. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002.
114. Gillen PA, Sinclair M, Kernohan WG, Begley CM, Luyben AG. Interventions for prevention of bullying in the workplace. *Cochrane Work Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 30 janv 2017 [cité 12 juin 2022];2017(1). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009778.pub2>
115. Giga SI, Hoel H, Lewis D. The costs of workplace bullying. Report Commissioned by Dignity at Work Partnership 2008:39.
116. Johnson SL. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. *International Nursing Review*. mars 2009;56(1):34-40.
117. Beale D, Hoel H. Workplace bullying and the employment relationship: exploring questions of prevention, control and context. *Work, Employment and Society* 2011;25(1):5-18.
118. Al-Qadi MM. Nurses' perspectives of violence in emergency departments: A metasynthesis. *International Emergency Nursing*. sept 2020;52:100905.
119. Schaller A, Klas T, Gernert M, Steinbeißer K. Health problems and violence experiences of nurses working in acute care hospitals, long-term care facilities, and home-based long-term care in Germany: A systematic review. Kardeş S, éditeur. *PLoS ONE*. 18 nov 2021;16(11):e0260050.
120. Laschinger H. K. S. (2014). Impact of workplace mistreatment on patient safety risk and nurse-assessed patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 44, 284-290.

121. INRS. SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL. Le médecin du travail. [Internet]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/demarche/services-sante-travail/medecin-travail.html>
122. Dr Véronique ARNAUDO, médecin du travail. Le médecin du travail face à la violence : réflexions et repères pour l'action. [Internet]. [cité 8 juin 2022]. Disponible sur: [https://comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/2006/medecine\\_du\\_travail\\_face\\_a\\_la\\_violence\\_smt\\_chsct\\_2006.pdf#:~:text=Le%20m%20a%20une%20place%20essentielle%20dans%20cette,et%20par%20son%20acc%C3%A8s%20au%20milieu%20de%20travail.](https://comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/2006/medecine_du_travail_face_a_la_violence_smt_chsct_2006.pdf#:~:text=Le%20m%20a%20une%20place%20essentielle%20dans%20cette,et%20par%20son%20acc%C3%A8s%20au%20milieu%20de%20travail.)
123. Agressions et violences externes. Accidents du travail - Maladies professionnelles [Internet]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/agressions-violences-externes/accidents-travail-maladies-professionnelles.html>
124. Nicolas Sandret, Medecin inspecteur regional du travail. La souffrance au travail. 2010 avr 3.
125. INRS. Accueil. Risques .Agressions et violences externes. Prévention [Internet]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/agressions-violences-externes/prevention.html>
126. Bonnes pratiques juridiques. Comment gérer une situation de violence au travail ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.lumio-rh.fr/bonnes-pratiques-juridiques/comment-gerer-une-situation-de-violence-au-travail.html#:~:text=L%E2%80%99employeur%20doit%20sanctionner%20tout%20acte%20de%20violence%20commis,celle-ci%20doit%20%C3%AAtre%20proportionnelle%20%C3%A0%20la%20faute%20commise.>
127. Code du travail. Partie législative (Articles L1 à L8331-1). Première partie : Les relations individuelles de travail (Articles L1111-1 à L1532-1). Livre III : Le règlement intérieur et le droit disciplinaire (Articles L1311-1 à L1334-1). Titre III : Droit disciplinaire (Articles L1331-1 à L1334-1). Chapitre II : Procédure disciplinaire (Articles L1332-1 à L1332-5). Section 2 : Prescription des faits fautifs. Article L1332-4. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006189485/#:~:text=Aucun%20fait%20fautif%20ne%20peut,l'exercice%20de%20poursuites%20p%C3%A9nales.>
128. LA CSSCT DU CSE : DIFFÉRENCES AVEC LE CHSCT [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.cseofficiel.fr/cssct-cse/>
129. Philippe Casanova. Centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales [Internet]. Sante&Travail. 2021. Disponible sur: <https://santetravail.blog/centres-regionaux-de-pathologies-professionnelles-et-environnementales/>
130. Souffrance des salariés au travail, que faire ? [Internet]. 2012. Disponible sur: [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/PRST2\\_souffrance\\_30-04VF.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/PRST2_souffrance_30-04VF.pdf)
131. INRS. PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA DÉMARCHE DE PRÉVENTION. [Internet]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/demarche/principes-generaux/introduction.html>
132. Prevention de la violence et du harcèlement au travail. [Internet]. SCFP. Disponible sur: <https://scfp.ca/prevention-de-la-violence-et-du-harcèlement-au-travail-0>

133. Les risques psychosociaux. Manifestations des RPS. Violence au travail. [Internet]. Disponible sur: <https://www.human-et-sens-conseil.fr/risques-psychosociaux/manifestations/violence-travail/>
134. Évaluation des risques professionnels [Internet]. INRS; 2014. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/demarche/evaluation-risques-professionnels/ce-qu-il-faut-retenir.html>
135. Document unique d'évaluation des risques professionnels : quelles évolutions ? [Internet]. INRS; 2022. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/publications/juridique/focus-juridiques/focus-juridique-document-unique-evaluation-risques-professionnels.html>
136. Quelles différences entre la fiche d'entreprise et le document unique ? [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://lhl.fr/differences-fiche-dentreprise-document-unique/?cn-reloaded=1>
137. Violence et harcèlement en milieu de travail [Internet]. Centre canadien d'hygiène et sécurité au travail; Disponible sur: <https://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/violence.html>
138. Price O, Baker J, Bee P, Lovell K. Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry*. juin 2015;206(6):447-55.
139. Raveel A, Schoenmakers B. Interventions to prevent aggression against doctors: a systematic review. *BMJ Open*. sept 2019;9(9):e028465.
140. Prévention de l'agression verbale et des conflits | AtouSante [Internet]. Disponible sur: <https://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/violence-externe-travail/prevention-agression-verbale/>
141. Ball CA, Kurtz AM, Reed T. Evaluating Violent Person Management Training for Medical Students in an Emergency Medicine Clerkship. *Southern Medical Journal*. sept 2015;108(9):520-3.
142. Gillam SW. Nonviolent Crisis Intervention Training and the Incidence of Violent Events in a Large Hospital Emergency Department: An Observational Quality Improvement Study. *Advanced Emergency Nursing Journal*. avr 2014;36(2):177-88.
143. Happell B, Koehn S. Seclusion as a necessary intervention: the relationship between burnout, job satisfaction and therapeutic optimism and justification for the use of seclusion: *Journal of Advanced Nursing*. juin 2011;67(6):1222-31.
144. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. nov 2016;388(10057):2272-81.
145. Pacheco ECRL, Bártolo A, Rodrigues F, Pereira A, Duarte JC, Silva CF. Impact of Psychological Aggression at the Workplace on Employees' Health: A Systematic Review of Personal Outcomes and Prevention Strategies. *Psychol Rep*. juin 2021;124(3):929-76.
146. Marie-Therese Giorgio. Prévention de l'agression verbale et des conflits [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/violence-externe-travail/prevention-agression-verbale/>

147. Marie-Therese Giorgio. Psychotraumatisme : le reconnaître, le prendre en charge [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.atousante.com/actualites/psychotraumatisme-reconnaitre/>
148. Reprise de travail à temps partiel pour motif thérapeutique ou reprise d'un travail aménagé [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/emploi-et-insertion/prevention-maintien-emploi/salarie-travailleur-independant-ou-agent-public/adapter-son-poste-de-travail/article/reprise-de-travail-a-temps-partiel-pour-motif-therapeutique-ou-reprise-d-un>
149. Assurance Maladie. Arrêt maladie : les démarches du travailleur indépendant. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/arret-travail-maladie/arret-travail-maladie-independants>
150. François Courcy, André Savoie et Luc Brunet. Diagnostic de la violence au travail. In: VIOLENCES AU TRAVAIL Diagnostic et prévention [Internet]. Presses de l'Université de Montréal; 2004. p. 62-80. Disponible sur: <https://books.openedition.org/pum/23780>
151. Marie-Therese Giorgio. Violence psychologique au travail : la version française du questionnaire de Leymann, LIPT, aide à identifier les conduites de harcèlement moral [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/violence-psychologique-travail-questionnaire-leymann-lipt-conduites-harcelement-moral/>
152. Park EJ, Lee M, Park M. Instruments and Taxonomy of Workplace Bullying in Health Care Organizations. *Asian Nursing Research*. déc 2017;11(4):237-45.
153. World Medical Association 73rd World Health Assembly, Agenda Item 3: Covid-19 Pandemic Response. (2020). Available online at: <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2020/05/WHA73-WMA-statement-on-Covid-19-pandemic-response-.pdf> (accessed June 7, 2020).
154. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. [Internet]. 2020 [cité 30 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.prisma-statement.org//documents/PRISMA\\_2020\\_expanded\\_checklist.pdf](https://www.prisma-statement.org//documents/PRISMA_2020_expanded_checklist.pdf)
155. Department of Otorhinolaryngology, Health Sciences University, Derince Training and Research Hospital, Kocaeli, Turkey, Selcuk AA. A Guide for Systematic Reviews: PRISMA. *Turk Arch Otorhinolaryngol*. 10 mai 2019;57(1):57-8.
156. Systematic Reviews. Information about the PRISMA statement and required elements. [Internet]. Disponible sur: <https://guelphhumber.libguides.com/c.php?g=213266&p=1406923>
157. Blaxter M. Criteria for the evaluation of Qualitative Research Papers. *A Journal of the BSA MedSoc Group*. 2013. February;Volume 7 Issue 1.
158. Shi J, Wang S, Zhou P, Shi L, Zhang Y, Bai F, et al. The Frequency of Patient-Initiated Violence and Its Psychological Impact on Physicians in China: A Cross-Sectional Study. Sun Q, éditeur. *PLoS ONE*. 1 juin 2015;10(6):e0128394.

159. Shi L, Wang L, Jia X, Li Z, Mu H, Liu X, et al. Prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: a cross-sectional study. *BMJ Open*. juill 2017;7(7):e016810.
160. Sun P, Zhang X, Sun Y, Ma H, Jiao M, Xing K, et al. Workplace Violence against Health Care Workers in North Chinese Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *IJERPH*. 19 janv 2017;14(1):96.
161. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res*. déc 2010;10(1):51.
162. Schablon A, Wendeler D, Kozak A, Nienhaus A, Steinke S. Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany—A Survey. *IJERPH*. 15 juin 2018;15(6):1274.
163. Gates D, Gillespie G, Kowalenko T, Succop P, Sanker M, Farra S. Occupational and Demographic Factors Associated With Violence in the Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal*. oct 2011;33(4):303-13.
164. Arnetz J, Hamblin LE, Sudan S, Arnetz B. Organizational Determinants of Workplace Violence Against Hospital Workers. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. août 2018;60(8):693-9.
165. Llor-Esteban B, Sánchez-Muñoz M, Ruiz-Hernández JA, Jiménez-Barbero JA. User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*. janv 2017;9(1):33-40.
166. Pina D, Vidal-Alves M, Puente-López E, Luna-Maldonado A, Luna Ruiz-Cabello A, Magalhães T, et al. Profiles of lateral violence in nursing personnel of the Spanish public health system. *Useche SA, éditeur. PLoS ONE*. 27 mai 2022;17(5):e0268636.
167. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *PRBM*. sept 2016;Volume 9:263-75.
168. La Torre G, Firenze A, Colaprico C, Ricci E, Di Gioia LP, Serò D, et al. Prevalence and Risk Factors of Bullying and Sexual and Racial Harassment in Healthcare Workers: A Cross-Sectional Study in Italy. *IJERPH*. 6 juin 2022;19(11):6938.
169. Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. A Survey of Violence Against Staff Working in the Emergency Department in Ankara, Turkey. *Asian Nursing Research*. déc 2011;5(4):197-203.
170. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. déc 2012;12(1):469.
171. Personal, Professional, and Work Factors Associated With Australian Clinical Medical Practitioners' Experiences of Workplace Aggression. *The Annals of Occupational Hygiene [Internet]*. 21 mars 2013 [cité 2 oct 2022]; Disponible sur:

<https://academic.oup.com/annweh/article/57/7/898/156491/Personal-Professional-and-Work-Factors-Associated>

172. Lepping P, Lanka SV, Turner J, Stanaway SE, Krishna M. Percentage prevalence of patient and visitor violence against staff in high-risk UK medical wards. *Clin Med.* déc 2013;13(6):543-6.
173. Hérin F, Tran S, Savall F, Dédouit F, Telmon N, Rougé D. Les soignants victimes d'agression sur le lieu de travail : étude des données des consultations pour coups et blessures volontaires, de l'unité médico-légale de Rangueil (Toulouse). *La Revue de Médecine Légale.* mars 2014;5(1):15-21.
174. Alameddine M, Mourad Y, Dimassi H. A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. Dalal K, éditeur. *PLoS ONE.* 10 sept 2015;10(9):e0137105.
175. Fute M, Mengesha ZB, Wakgari N, Tessema GA. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC Nurs.* déc 2015;14(1):9.
176. Boafo IM, Hancock P, Gringart E. Sources, incidence and effects of non-physical workplace violence against nurses in Ghana. *Nurs Open.* avr 2016;3(2):99-109.
177. Karatza C, Zyga S, Tziaferi S, Prezerakos P. Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. *Ann Gen Psychiatry.* déc 2016;15(1):7.
178. Kumar M. A Study of Workplace Violence Experienced by Doctors and Associated Risk Factors in a Tertiary Care Hospital of South Delhi, India. *JCDR [Internet].* 2016 [cité 25 juin 2022]; Disponible sur: [http://jcdr.net/article\\_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2016&volume=10&issue=11&page=LC06&issn=0973-709x&id=8895](http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2016&volume=10&issue=11&page=LC06&issn=0973-709x&id=8895)
179. Cheung T, Yip PSF. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health.* déc 2017;17(1):196.
180. Abdellah RF, Salama KM. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan Afr Med J [Internet].* 2017 [cité 2 oct 2022];26. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/26/21/full/>
181. Havaei F. Does the Type of Exposure to Workplace Violence Matter to Nurses' Mental Health? *Healthcare.* 5 janv 2021;9(1):41.
182. Stahl-Gugger A, Hämmig O. Prevalence and health correlates of workplace violence and discrimination against hospital employees – a cross-sectional study in German-speaking Switzerland. *BMC Health Serv Res.* déc 2022;22(1):291.
183. Tiesman H, Konda S, Hendricks S, Mercer D, Amandus H. Workplace violence among Pennsylvania education workers: Differences among occupations. *Journal of Safety Research.* févr 2013;44:65-71.

184. Hanson GC, Perrin NA, Moss H, Laharnar N, Glass N. Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. déc 2015;15(1):11.
185. Assunção AA, Medeiros AM de. Violence against metropolitan bus drivers and fare collectors in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cité 6 oct 2022];49(0). Disponible sur: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100207&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100207&lng=en&tlng=en)
186. Lima PVC, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM, Gomes KRO, Miranda CES, Frota K de MG. Prevalência e fatores associados à violência contra professores em escolas do ensino médio em Teresina, Piauí, 2016: estudo transversal\*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. mai 2020 [cité 6 oct 2022];29(1). Disponible sur: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222020000100318&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100318&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
187. Lee H, Kim H, Park JS. Work-related Risk Factors for Workplace Violence among Korean Employees. *Jrnl of Occup Health*. janv 2014;56(1):12-20.
188. Friborg MK, Hansen JV, Aldrich PT, Folker AP, Kjær S, Nielsen MBD, et al. Workplace sexual harassment and depressive symptoms: a cross-sectional multilevel analysis comparing harassment from clients or customers to harassment from other employees amongst 7603 Danish employees from 1041 organizations. *BMC Public Health*. déc 2017;17(1):675.
189. Berlanda, Fraizzoli, Cordova, Pedrazza. Psychosocial Risks and Violence Against Teachers. Is It Possible to Promote Well-Being at Work? *IJERPH*. 12 nov 2019;16(22):4439.
190. Hogan V, Hodgins M, Lewis D, Maccurtain S, Mannix-McNamara P, Pursell L. The prevalence of ill-treatment and bullying at work in Ireland. *IJWHM*. 20 févr 2020;13(3):245-64.
191. Dursun S, Serpil Aytac S. Workplace Violence Against Police Officers and The Effect of Workplace Violence on Mental Health. *PJMHS*. 30 déc 2021;15(12):3491-3.
192. Guay S, Goncalves J, Jarvis J. Verbal violence in the workplace according to victims' sex—a systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. sept 2014;19(5):572-8.
193. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs*. janv 2004;13(1):3-10.
194. Cheung T, Lee P, Yip P. Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. *IJERPH*. 4 août 2017;14(8):879.
195. Shafran-Tikva S, Zelker R, Stern Z, Chinitz D. Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital - a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. *Isr J Health Policy Res*. déc 2017;6(1):43.
196. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. déc 2019;76(12):927-37.

197. Stowell KR, Hughes NP, Rozel JS. Violence in the Emergency Department. *Psychiatric Clinics of North America*. déc 2016;39(4):557-66.
198. Guay S, Goncalves J, Jarvis J. A systematic review of exposure to physical violence across occupational domains according to victims' sex. *Aggression and Violent Behavior*. nov 2015;25:133-41.
199. Sachdeva S, Jamshed N, Aggarwal P, Kashyap S. Perception of workplace violence in the emergency department. *J Emerg Trauma Shock*. 2019;12(3):179.
200. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohlert C, Harling M, et al. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2012;2(5):e001420.
201. Wei CY, Chiou ST, Chien LY, Huang N. Workplace violence against nurses – Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. avr 2016;56:63-70.
202. Jia C, Han Y, Lu W, Li R, Liu W, Jiang J. Prevalence, characteristics, and consequences of verbal and physical violence against healthcare staff in Chinese hospitals during 2010–2020. *Journal of Occupational Health* [Internet]. janv 2022 [cité 8 oct 2022];64(1). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1348-9585.12341>
203. Baydin A. Workplace Violence in Emergency Department and its Effects on Emergency Staff. *Int J Emerg Ment Health* [Internet]. 2014 [cité 9 oct 2022];16(2). Disponible sur: <https://www.omicsonline.com/open-access/workplace-violence-in-emergency-department-and-its-effects-on-emergency-staff-1522-4821-16-112.php?aid=30336>
204. Robson LS, Clarke JA, Cullen K, Bielecky A, Severin C, Bigelow PL, et al. The effectiveness of occupational health and safety management system interventions: A systematic review. *Safety Science*. mars 2007;45(3):329-53.
205. Daudier O. PRISMA 2020. Mise à jour des recommandations internationales de production des revues systématiques. [Internet]. Disponible sur: <https://www.actukine.com/prisma-2020-cest-pour-de-vrai-et-quest-ce-que-cest-mise-a-jour-des-recommandations-internationales-de-production-des-revues-systematiques/>

## **Annexes**

### **Annexe 1. Questionnaire Leymann Inventory of Psychological Terror**

Avez-vous été confronté au travail à l'une des situations suivantes au cours des 12 derniers mois ? Merci de cocher la ou les cases qui correspondent à votre situation.

#### **1 – Par rapport à vos relations de travail :**

1– Votre supérieur hiérarchique vous refuse la possibilité de vous exprimer

2– Vous êtes constamment interrompu lorsque vous vous exprimez

3– D'autres personnes vous empêchent de vous exprimer

On exerce sur vous une pression de diverses manières :

4– On crie après vous, on vous injurie à haute voix

5– Critique permanente à propos de votre travail

6– Critique permanente à propos de votre vie privée

7– Harcèlement téléphonique

8– Menaces verbales

9– Menaces écrites

On vous refuse le contact de diverses manières :

10– Regards ou gestes méprisants

11– On ignore votre présence en s'adressant exclusivement à d'autres

#### **2 – On vous isole systématiquement :**

12– On ne vous adresse pas la parole

13– On ne veut pas être abordé par vous

14– On vous a mis à un poste de travail qui vous isole des autres

15– On interdit à vos collègues de vous parler

16– On fait comme si vous n’existiez pas

17– On s’adresse à vous seulement par écrit

**3 – Vos tâches professionnelles sont modifiées comme par punition :**

18– On ne vous confie aucune tâche, vous n’avez pas de travail

19– On vous confie des tâches sans intérêt

20– On vous confie des tâches très inférieures à vos compétences

21– On vous donne sans celle de nouvelles tâches

22– On vous confie des tâches humiliantes

23– On vous confie des tâches très supérieures à vos compétences

**4 – Attaques sur votre personne :**

24– On dit du mal de vous dans votre dos

25– On propage des rumeurs fausses sur vous

26– On vous ridiculise devant les autres

27– On vous soupçonne d’être psychiquement malade

28– On veut vous contraindre à un examen psychiatrique

29– On se moque d’un handicap que vous avez

30– On imite votre allure, votre voix et vos gestes afin de vous ridiculiser.

31– On attaque vos opinions politiques ou religieuses

32– On attaque ou on se moque de vos origines

33– Vous êtes obligé (e) de mener des travaux qui blessent votre conscience

34– On juge votre travail de façon injuste et blessante

35– On met vos décisions en question

36– On vous injurie dans des termes obscènes ou dégradants

37– On vous fait verbalement des allusions ou propositions sexuelles

**5 – Violences et menaces de violence :**

37– On vous oblige à faire des tâches qui nuisent à votre santé

38– Malgré votre mauvaise santé, vous êtes obligé (e) de faire un travail nuisible à votre santé.

39– On vous menace de violences corporelles

40– On utilise des violences légères contre vous à titre d'avertissement

41– Vous êtes physiquement maltraité(e)

42– Quelqu'un vous occasionne des frais afin de vous nuire

43– Quelqu'un occasionne des dégâts à votre domicile ou sur votre lieu de travail.

44– On en vient à des agressions sexuelles envers vous

**6 – autres évènements ou situations que vous souhaiteriez citer :**

.....

Si vous n'avez été confronté(e) à aucune des situations précédentes (questions 1 à 6) au cours des 12 derniers mois, merci de passer directement aux questions 13 et 14 ci-dessous

**7 – A quelle fréquence avez-vous été confronté(e) à une ou plusieurs de ces situations (question 1 à 6) au cours des 12 derniers mois ?**

1– Tous les jours

2– Presque tous les jours

3– Au moins 1 fois par semaine

4– Au moins 1 fois par mois

5– Rarement

**8 – Pendant combien de temps avez-vous été confronté à ces situations :**

\_\_ années \_\_ mois

**9 – Etes-vous encore aujourd’hui confronté(e) à ces situations ?**

- 1– Oui, confronté(e) encore aujourd’hui
- 2– Non, confronté(e) antérieurement dans le même emploi
- 3– Non, confronté(e) antérieurement dans un emploi précédent

**10 – Qui dans cette période s’est mis contre vous ?**

- 1– Collègues
- 2– Supérieur (s) hiérarchique(s) ou personne(s) ayant une position hiérarchique supérieure à la votre
- 3– Subordonné(s)

*Sexe de cette (ces) personne(s)*

- 1– Homme(s)
- 2– Femme(s)
- 3– Aussi bien des hommes que des femmes

**11 – Combien de personnes se sont mises contre vous durant cette période ?**

\_\_\_ personnes

**12 – Avez-vous une (des) personne(s) vers qui vous avez pu vous tourner pour parler de ces problèmes ?**

*Oui*

- 1– Collègue
- 2– Supérieur
- 3– Responsable du personnel/des ressources humaines
- 4– Représentant du personnel, militant syndical
- 5– Inspection du travail, prud’hommes, avocat
- 6– Médecin du travail

7– Autre médecin

8– Assistante sociale, infirmière

9– Amis ou connaissances en dehors de l'entreprise

10-Membres de la famille, parents

*Non*

11– Non, je n'ai personne vers qui j'ai pu me tourner mais je l'aurais souhaité

12– Non, je n'ai personne vers qui j'ai pu me tourner mais je n'en avais pas besoin.

**13 – La violence psychologique au travail peut se définir par une situation où une personne est sujette à des comportements hostiles de la part d'une ou plusieurs personnes de son environnement de travail, qui visent de manière continue et répétée à la blesser, à l'oppresser, à la maltraiter ou encore à l'exclure ou à l'isoler, pendant une longue période de temps.**

En utilisant cette définition, considérez-vous que vous avez fait l'objet de violence psychologique au travail au cours des 12 derniers mois ?

1– Oui

2– Non

Si oui, à quoi attribuez-vous ces comportements hostiles envers vous ?

1– A une mauvaise ambiance générale au travail

2– A une mauvaise organisation du travail

3– A des problèmes de management, d'encadrement

4– A des problèmes de compétition entre les gens

5– A l'envie, la jalousie

6– A un conflit ou un différend non résolu au travail

7– Parce que l'on veut me faire partir de l'entreprise

8– Parce que je suis différent(e) des autres à cause de mon âge, sexe, nationalité, ou handicap

9– ne sait pas

**14 – En utilisant également la définition précédente (question 13), pensez-vous avoir été témoin de violence psychologique envers une autre personne sur votre lieu de travail au cours des 12 derniers mois ?**

1– Oui

2– Non

**Annexe 2. Questionnaires pour mesurer la violence psychologique sur le lieu de travail parmi les travailleurs de la santé**

<b>Instrument</b>	<b>Premier auteur</b>	<b>Echelle de mesure</b>
1. LIPT	Leymann (1996)	12 mois Fréquence : presque tous les jours-au moins 1 fois par semaine-au moins 1 fois par mois-rarement Durée: question ouverte
2. VAS	Manderino & Berkey (1997)	12 mois Fréquence : échelle en sept points (0 = jamais à 6 = tous les jours) Perception du caractère stressant : échelle en sept points (0 = pas du tout stressant à 6 = extrêmement stressant)
3.Rayner' scale	Rayner (1999)	6 mois Fréquence du comportement : échelle à cinq points (0 = jamais à 4 = tous les jours)
4. Counterproductive Work Behaviors Survey	Fox (1999)	Fréquence : échelle à six points (1 = jamais à 6 = extrêmement souvent)
5.Quine Scale	Quine (1999)	12 mois Oui/Non
6.Abusive Supervision Scale	Tepper (2000)	Fréquence : 1 = Je ne me souviens pas qu'il/elle ait jamais utilisé ce comportement avec moi, 5 = Il/elle utilise ce comportement très souvent avec moi.
7.Relationship Conflict	Friedman (2000)	Accord : échelle de six points (1 = tout à fait d'accord à 6 = pas du tout d'accord)
8.Workplace Violence Questionnaire & Demographics	Anderson (2002)	Oui/Non
9.Sabotage Savvy Questionnaire	Dunn (2003)	Présence ou absence d'actes, 3 niveaux (0 = non, 1 = pas sûr, 2 = oui)

10. Generalized Workplace Harassment Questionnaire	Rospenda (2004)	12 mois Échelle à trois points (1 = jamais à 3 = plus d'une fois)
11. WAR-Q	Neuman (cité dans Rodriguez, 2014)	Fréquence : jamais, une fois, quelques fois, plusieurs fois
12. Verbal Abuse Scale	Nam (2005)	Echelle à quatre points (1 = pas du tout d'accord à 4 = tout à fait d'accord)
13. Interpersonal Relationships at Work	Lee (2006)	6 mois Fréquence : échelle à cinq points (1 = pas du tout à 5 = plusieurs fois par semaine)
14. WPVB	Dilek (2008)	12 mois Fréquence : échelle à six points (0 = jamais à 5 = constamment)
15. Lateral Hostility	Alspach (2008)	12 mois Oui/Non
16. Bullying Acts Inventory for the Nursing Workplace	Hutchinson (2008)	12 mois Fréquence : échelle à sept points ("jamais" à "constamment")
17. NAQ-R	Einarsen (2009)	6 mois Fréquence : jamais-maintenant et ensuite-mensuellement-semaine-quotidiennement
18. La version japonaise de IVAPT (Inventory of Violence and Psychological Harassment)	Moreno (2013)	Échelle à cinq points (0 = jamais à 4 = très fréquemment)
19. WPBN-TI	Lee (2014)	Échelle à quatre points (1 = pas du tout d'accord à 4 = tout à fait d'accord)

### **Annexe 3. Quality assessment of cross-sectional studies (BSA Medical Sociology Group)**

#### **Seven Quality Indicators:**

- 1) Appropriate Research Design Y/N
- 2) Appropriate Recruitment Strategy Y/N
- 3) Response Rate Reported Y/N
- 4) Sample Representative of Similar Population Y/N
- 5) Objective and Reliable Measures Used Y/N
- 6) Power Calculation/Justification of Numbers Reported Y/N
- 7) Appropriate Statistical Analysis Y/N

\*\* Y=Yes N=No [ Quality Indicators Met out of 7: 1-2 (Low)---- 3-5 (Moderate)----6-7 (High)

**Annexe 4. Tableau analyse qualitative des articles selon BSA (soignants)**

<b>Auteur</b>	<b>Date et journal de publication</b>	<b>Pays</b>	<b>Méthodologie de l'étude</b>	<b>Score (BSA Medical sociology group)</b>	<b>Evaluation</b>
<b>Franz S. <i>et al</i></b>	2010, BMC Health Serv Res	Allemagne	Etude transversale	4	<b>Moderate</b>
<b>Gates D. <i>et al</i></b>	2011, Adv Emerg Nurs J.	Etats-Unis	Etude transversale	4	<b>Moderate</b>
<b>Talas M. <i>et al</i></b>	2011, Asian Nurs Res	Turquie	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Kitaneh M. <i>et al</i></b>	2012, BMC Health Serv Res	Palestine	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Hills D. <i>et al</i></b>	2013, The Annals of Occup Hyg	Australie	Etude transversale	6	<b>High</b>
<b>Lepping P. <i>et al</i></b>	2013, Clin Med (Lond)	Royaume-Uni	Etude transversale	4	<b>Moderate</b>
<b>Hérin F. <i>et al</i></b>	2014, La Revue de Méd Légale	France	Etude transversale	6	<b>High</b>
<b>Alameddine M. <i>et al</i></b>	2015, PLoS One	Liban	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Fute M. <i>et al</i></b>	2015, BMC Nurs	Ethiopie	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Shi J. <i>et al</i></b>	2015, PLoS One	Chine	Etude transversale	6	<b>High</b>
<b>Boafo I. <i>et al</i></b>	2016, Nurs Open	Ghana	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Ferri P. <i>et al</i></b>	2016, Psychol Res Behav Manag	Italie	Etude transversale	6	<b>High</b>
<b>Karatza C. <i>et al</i></b>	2016, Annals of Gen Psy	Grèce	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Kumar M. <i>et al</i></b>	2016, J Clin Diagn Res	Inde	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Cheung T. <i>et al</i></b>	2017, BMC Public Health	Japon	Etude transversale	4	<b>Moderate</b>
<b>Farouk Abdellah R. <i>et al</i></b>	2017, Pan Afr Med J.	Egypte	Etude transversale	4	<b>Moderate</b>
<b>Llor-Esteban B. <i>et al</i></b>	2017, European J of Psy	Espagne	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Shi L. <i>et al</i></b>	2017, BMJ Open	Chine	Etude transversale	6	<b>High</b>
<b>Sun P. <i>et al</i></b>	2017, Int J Environ Res Public Health	Chine	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Arnetz J. <i>et al</i></b>	2018, J Occup Environ Med	Etats-Unis	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Schablon A. <i>et al</i></b>	2018, Int J Environ Res Public Health	Allemagne	Etude transversale	6	<b>High</b>
<b>Havaei F. <i>et al</i></b>	2021, Healthcare (Basel)	Canada	Etude transversale	6	<b>High</b>
<b>La Torre G. <i>et al</i></b>	2022, Int J Environ Res Public Health	Italie	Etude transversale	4	<b>Moderate</b>
<b>Pina D. <i>et al</i></b>	2022, PLoS One	Espagne	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Stahl-Gugger A. <i>et al</i></b>	2022, BMC Health Serv Res	Suisse	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>

**Annexe 5. Tableau analyse qualitative des articles selon BSA (non-soignants)**

<b>Auteur</b>	<b>Date et journal de publication</b>	<b>Pays</b>	<b>Méthodologie de l'étude</b>	<b>Score (BSA Medical sociology group)</b>	<b>Evaluation</b>
<b>Tiesman H. <i>et al</i></b>	2013, J Safety Res.	Etats-Unis	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Lee HE. <i>et al</i></b>	2014, J Occup Health	Corée	Etude transversale	4	<b>Moderate</b>
<b>Assunção AÁ. <i>et al</i></b>	2015, Revista de Saude Publica	Brésil	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Hanson C. <i>et al</i></b>	2015, BMC Public Health	Etats-Unis	Etude transversale	6	<b>High</b>
<b>Friborg M. <i>et al</i></b>	2017, BMC Public Health	Danemark	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Berlanda S. <i>et al</i></b>	2019, Int J Environ Res Public Health	Italie	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Hogan V. <i>et al</i></b>	2020, Int J Work Health Management	Irlande	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Lima PVC. <i>et al</i></b>	2020, Epidemiol. Serv. Saude	Brésil	Etude transversale	5	<b>Moderate</b>
<b>Dursun S. <i>et al</i></b>	2021, J Med & Health Sci	Turquie	Etude transversale	4	<b>Moderate</b>

## **Violence et travail : revue systématique de la littérature selon la méthodologie PRISMA**

---

### RESUME EN FRANÇAIS :

Contexte : La violence sur le lieu de travail à l'encontre des professionnels est un problème persistant dans le monde entier, mais insuffisamment signalé. Notre thèse s'intéresse à explorer la violence dans le milieu professionnel et ses caractéristiques, en particulier pour les travailleurs de la santé.

Méthode : Une revue systématique de la littérature basée sur la méthodologie PRISMA a été effectuée à partir des bases de données Pubmed et Web of Science. Nous avons utilisé deux équations de recherche, une sur la violence au travail en général, et une qui s'est concentrée sur le personnel soignant.

Résultats : Notre recherche a identifié en total 34 articles originaux comprenant 77.597 travailleurs de 23 pays, dont 32.554 professionnels de la santé. La plupart des études se sont concentrées sur les types et la prévalence de la violence, et leurs résultats indiquent que l'exposition à la violence est élevée. Les résultats sont présentés en 11 sous parties pour les travailleurs de la santé, et 5 sous parties pour les non-soignants, en une synthèse reprenant les notions clés rédigée pour chacune.

---

TITRE EN ANGLAIS: Violence and work: a systematic review of the literature using the PRISMA methodology

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine et santé au travail

---

MOTS-CLÉS : Médecine du travail, violence au travail, travailleurs de la santé, revue de la littérature

---

### INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Pr Fabrice HERIN